

Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl
als Prädiktoren für das Therapieergebnis
nach stationärer Psychotherapie

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades

doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt dem Rat der medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Esther Windirsch
geboren am 23.02.1989 in Magdeburg

Gutachter:

1. Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena
2. Prof. Dr. Bernhard Blanz, Jena
3. Prof. Dr. Carsten Spitzer, Rosdorf

Tag der öffentlichen Verteidigung: 07.10.2014

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Analysis of Variance (Varianzanalyse)
β	Beta-Koeffizient, standardisierter Regressionskoeffizient; ein statistisches Maß, um den Einfluss einer unabhängigen Variable auf eine abhängige Variable zu beschreiben
d	Cohens d; ein statistisches, dimensionsloses Maß zur Einschätzung der Größe eines Effektes
F	Prüfwert des F-Tests; statistischer Test zur Überprüfung der Varianz zwischen zwei oder mehr Stichproben auf ihre Signifikanz
GSI	Global Severity Index, Globalkennwert der Symptom-Checkliste
IIP-32	Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme
MW	Mittelwert
r	Korrelationskoeffizient; ein statistisches, dimensionsloses Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen zwei Merkmalen
R ²	Bestimmtheitsmaß; ein statistisches Maß für den erklärten Anteil der Varianz einer abhängigen Variablen Y durch ein statistisches Modell
RS	Resilienz
RS-11	Resilienz-Skala; Kurzform mit 11 Items
SCL-90	Symptom-Checkliste
SD	Standardabweichung
SOC	Sense of Coherence (engl.) für Kohärenzgefühl
SOC-L9	Skala zur Erfassung des Kohärenzgefühls; Kurzform mit 9 Items
SPSS	„Statistical package for the social sciences“ (Statistik-Programm)
SWE	Selbstwirksamkeitserwartung

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
1. Einleitung	3
2. Theorie	
2.1. Ressourcen	4
2.2. Resilienz	5
2.3. Selbstwirksamkeitserwartung	9
2.4. Kohärenzgefühl	14
2.5. Stationäre Psychotherapie	18
2.6. Ableitung der Fragestellungen	21
3. Methodik	
3.1. Datenerhebung	23
3.2. Behandlungssetting	24
3.3. Beschreibung der verwendeten Messinstrumente	
3.3.1. SCL-90-R: Die Symptomcheckliste 90 – revidierte Fassung (Franke 2002)	25
3.3.2. IIP-32: Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme	
- Deutsche Version (Thomas et al. 2011)	26
3.3.3. Resilienzskala (Schumacher et al. 2005)	26
3.3.4. Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem und Schwarzer 1999)	27
3.3.5. SOC-Skala (Schumacher et al. 2000)	28
3.4. Statistische Auswertung	29
4. Ergebnisse	
4.1. Quantitative Stichprobenbeschreibung und Drop-out Analysen	31
4.2. Veränderung von Symptombelastung und	
Interpersonellen Problemen im Therapieverlauf	35
4.3. Hypothesenprüfung	
4.3.1. Betrachtung der Ressourcenausprägung zu Therapiebeginn	35
4.3.2. Ressourcenausprägung und Symptombelastung zu Therapiebeginn	39
4.3.3. Prädiktive Vorhersagekraft der Ressourcenausprägung auf das Therapieergebnis	42

5. Diskussion

5.1. Inhaltliche Diskussion	55
5.2. Methodische Diskussion	64
5.3. Schlussfolgerungen	66

6. Literaturverzeichnis	68
-------------------------------	----

7. Anhang

7.1. Ergänzende Tabellen und Abbildungen	82
7.2. Erhebungsmaterialien	
7.2.1. Patienteninformation	84
7.2.2. Einverständniserklärung	85
7.2.3. Soziodemographischer Fragebogen	86
7.2.4. Resilienzskala	87
7.2.5. Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung	88
7.2.6. SOC-Skala	89
7.3. Danksagung.....	90
7.4. Ehrenwörtliche Erklärung	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagnosegruppen der Patientenstichprobe	33
Abbildung 2: Streudiagramm zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler des Prädiktors Resilienz	82
Abbildung 3: Streudiagramm zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler des Prädiktors Selbstwirksamkeitserwartung	82
Abbildung 4: Streudiagramm zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler des Prädiktors Kohärenzgefühl	83

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schulbildung, Berufsabschluss und Erwerbstätigkeit in der Untersuchungsstichprobe	32
Tabelle 2: Vergleich von Untersuchungsstichprobe und Drop-outs	34
Tabelle 3: Mittelwerte von SCL-90 und IIP-32, Effektstärken	35
Tabelle 4: Vergleich und Signifikanzprüfung der Skalenmittelwerte der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl mit der bevölkerungsrepräsentativen Norm	36
Tabelle 5: Vergleich und Signifikanzprüfung der Skalenmittelwerte der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bezüglich Geschlecht, Alter, Diagnose, Sozioökonomischem Status (Schulabschluss, Berufsabschluss, Erwerbstätigkeit) und Familienstand	37
Tabelle 6: Produkt-Moment-Korrelation zwischen Ressourcenausprägung und Symptombelastung (SCL-90, IIP-32) zu Therapiebeginn	39
Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Resilienz	40
Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung ...	41
Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung des Kohärenzgefühls	41
Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Resilienz	42

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung	43
Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung des Kohärenzgefühls	43
Tabelle 13: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Prämessungen und Testwertdifferenzen von SCL-90 und IIP-32	44
Tabelle 14: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch die Resilienz	45
Tabelle 15: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch die Resilienz	46
Tabelle 16: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch die Selbstwirksamkeitserwartung	47
Tabelle 17: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch die Selbstwirksamkeitserwartung	47
Tabelle 18: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch das Kohärenzgefühl	48
Tabelle 19: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch das Kohärenzgefühl	49
Tabelle 20: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl ...	50
Tabelle 21: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl	51
Tabelle 22: Testwertdifferenz IIP-32 erklärt durch Resilienz, Alter und deren Interaktion	53
Tabelle 23: Testwertdifferenz IIP-32 erklärt durch Selbstwirksamkeit, Alter und deren Interaktion	53
Tabelle 24: Testwertdifferenz IIP-32 erklärt durch Resilienz, Schulabschluss und deren Interaktion	54
Tabelle 25: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Prä- und Posttestmessungen von SCL-90 und IIP-32	83

Zusammenfassung

Jeder Patient und jede Patientin beginnt mit unterschiedlichen Fähigkeiten, Erfahrungen, Defiziten und vielem mehr eine psychotherapeutische Behandlung. In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass persönliche Patientenmerkmale zu den besten Prädiktoren für das Therapieergebnis zählen. Um das bestmögliche Ergebnis einer Psychotherapie für jeden Patienten erreichen zu können, ist es wünschenswert herauszufinden, welche Persönlichkeitsmerkmale sich als relevant für den Therapieerfolg erweisen.

In vorliegender Arbeit wurden die persönlichen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl hinsichtlich ihres Vorhersagewertes auf das Therapieergebnis nach stationärer Psychotherapie untersucht. Die drei Konstrukte wurden in den vergangenen Jahren unter verschiedenen Fragestellungen beleuchtet, jedoch liegen noch keine Aussagen darüber vor, ob sie sich als Prädiktoren für das Therapieergebnis eignen. Um dieser Frage nachzugehen, wurden Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Ausprägungen dieser Ressourcen und der Symptombelastung sowohl zu Therapiebeginn, als auch zu Therapieende untersucht. Schwerpunkt der Analysen stellte die Untersuchung des Vorhersagewertes dieser Ressourcen auf das Therapieergebnis dar. Des Weiteren wurden soziodemographische Merkmale als mögliche Einflussfaktoren auf die Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl, oder auf deren prädiktiven Wert untersucht.

Die Datenerhebung erfolgte in den psychosomatischen Stationen des Universitätsklinikums Jena und des Asklepios Fachklinikums Stadtroda. In einem längsschnittlichen Studiendesign wurden an 70 Patienten zu Beginn einer 8-12-wöchigen stationären Psychotherapie die Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl anhand von Selbstbeurteilungsfragebögen (RS-11, Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung, SOC-L9-Skala) erhoben. Jeweils zu Beginn und Ende der Therapie wurde mit Hilfe der Symptom-Checkliste (SCL-90) und dem Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-32) die Belastung an psychischen und physischen Symptomen, sowie die Belastung an Problemen im interpersonellen Bereich ermittelt. Als Kriteriumsvariable 'Therapieerfolg' wurden die Testwertdifferenzen der Prä- und Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 verwendet.

Beim Vergleich der Patientenstichprobe mit bevölkerungsrepräsentativen Normstichproben wiesen die Patienten eine signifikant geringere Ausprägung der drei Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf. Es konnte kein Unterschied in deren Ausprägung bezüglich Geschlecht, Alter und Diagnosegruppe festgestellt werden. Der sozioökonomische

Status der Patienten zeigte nur vereinzelt einen Einfluss auf die Ausprägung der untersuchten Ressourcen. Für das Vorhandensein einer festen Partnerschaft konnte kein Einfluss gezeigt werden. Bezüglich des Zusammenhangs von Ressourcenausprägung und Belastung an Symptomen und an Problemen im interpersonellen Bereich konnte gezeigt werden, dass eine niedrigere Resilienz, Selbstwirksamkeit oder ein niedrigeres Kohärenzgefühl mit einer höheren Erkrankungsschwere zu Therapiebeginn und -ende im Sinne physischer und psychischer Symptome, als auch im Sinne interpersoneller Probleme assoziiert ist. Bei der Frage nach dem Vorhersagewert von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl erwies sich keine der drei Ressourcen als geeigneter Prädiktor für den Therapieerfolg am Ende der stationären Psychotherapie. Lediglich die Prätestmessungen von SCL-90 und IIP-32 klärten einen signifikanten Teil der Varianz des Therapieerfolges auf.

Die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund des empirischen Forschungsstandes diskutiert und unter Berücksichtigung der Einschränkungen vorliegender Studie wird ein Ausblick auf weitere Forschung in diesem Bereich gegeben.

1. Einleitung

Jeder Mensch ist einzigartig in seiner Ausstattung an Erfahrungen, Kognitionen, Kompetenzen, Emotionen, Ideen, aber auch an Defiziten, Problemen sowie Strategien diese zu lösen (Grawe und Grawe-Gerber 1999). Und so startet auch jeder Patient und jede Patientin¹ mit seiner individuellen Ausstattung an Fähigkeiten in eine psychotherapeutische Behandlung. Dass demzufolge nicht alle gleichermaßen von einer bestimmten Therapie profitieren, leuchtet ein und zeigt die Notwendigkeit auf herauszufinden, welche Ressourcen beim Patienten vorhanden sind, um dementsprechend die Behandlung zu gestalten und das gewünschte Therapieergebnis zu erreichen. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass man persönliche Patientenmerkmale als einen der besten Prädiktoren für Effekte der Psychotherapie betrachten kann (Bergin and Lambert 1979, Ablon and Jones 1999, Zuroff et al. 2000). Bergin und Lambert konstatierten bereits 1979: „the largest proportions of variance in therapy outcome is accounted for by the personal characteristics and qualities of the client“. Jedoch erscheint die Zahl möglicher Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis schier endlos – von Genom und ZNS-Stoffwechsel bis hin zu soziodemographischen Aspekten und Umweltbedingungen; wir könnten weiterhin betrachten externale (z.B. soziale Unterstützung) und internale (z.B. Intelligenz) Einflüsse, unveränderliche (z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit), relativ stabile (z.B. Persönlichkeitseigenschaften) sowie relativ variable (z.B. Motivation) Faktoren (Clarkin und Levy 2004). Demzufolge ist es nötig, aus der großen Anzahl von Patientenmerkmalen diese herauszufinden, die sich als besonders relevant erweisen.

Ziel dieser Arbeit ist es, die persönlichen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf ihren Vorhersagewert bezüglich des Therapieergebnisses nach stationärer Psychotherapie zu überprüfen. Zahlreiche Studien haben diese – in ihren Ursprüngen schon recht lang existierenden – Konstrukte unter den unterschiedlichsten Fragestellungen untersucht (Manning und Wright 1983, Larsson und Krallenberg 1996, Smith et al. 2003, Bengtsson-Tops et al. 2005, Rutter et al. 2006, Ong et al. 2006, Collishaw et al. 2007). Jedoch mangelt es an konkreten Informationen, ob sie als Prädiktoren tatsächlich von solchem Wert sind, als dass man auch auf ihnen basierend einen weiteren Schritt in Richtung ressourcenorientierter Psychotherapie gehen kann.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text nur die männliche Form verwendet. Diese bezieht sich stets auf Angehörige beider Geschlechter.

2. Theorie

Im Theorieteil dieser Arbeit soll zu Beginn ein Überblick über Ressourcen gegeben werden – was sind Ressourcen, welche Bedeutung haben diese für Gesundheit und Krankheit im Allgemeinen und für die Psychotherapie im Speziellen. Die Ressourcen-Konstrukte Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl werden im Anschluss detailliert dargestellt: Ihre Entstehung und Weiterentwicklung, ihre Anwendung in der aktuellen Forschung sowie bestehende Kritikpunkte.

Des Weiteren werden die Therapiekonzepte der psychosomatischen Stationen des Universitätsklinikums Jena und des Asklepios Klinikums Stadtroda beschrieben, auf denen die Datenerhebung erfolgte.

2.1. Ressourcen

Ressource bedeutet 'Quelle' und bezeichnet beim Menschen die Summe all der Fähigkeiten, Ziele, Wünsche, Wertvorstellungen, Gewohnheiten, Motivationen, zwischenmenschlichen Beziehungen und vielem mehr, aus denen er schöpfen kann und sein Leben meistert (vgl. Grawe und Grawe-Gerber 1999, Hagen und Röper 2007). Als Ressource kann somit „jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden [und stellt somit] den Möglichkeitsraum eines Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das ihm zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse zur Verfügung steht.“ (Grawe und Grawe-Gerber 1999, S.67). Ressourcen tragen zu Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen bei. Man kann zwischen strukturellen (Geschlecht, Beruf), sozialen (praktische und emotionale Unterstützung durch andere Personen) und personalen/psychischen Ressourcen (Optimismus, Kohärenzgefühl, Selbstwirksamkeitserwartung, internale Kontrollüberzeugungen etc.) unterscheiden (Heim 1994).

Bei psychisch erkrankten Personen kommen vorhandene Ressourcen aufgrund von vielen Problemen und Beeinträchtigungen nicht zum Tragen und somit werden oft die eigentlichen Potentiale unterschätzt. Ein Hauptziel der Psychotherapie sollte sein, diese vorhandenen Ressourcen zu entdecken und zu stärken, aber auch durch externe Ressourcen (z.B. Aufklärung, Beratung und Trainieren von Bewältigungskompetenzen) zu ergänzen. Die Ressourcenperspektive sollte zu einem ganz wesentlichen Teil die Indikationsstellung bestimmen, sodass im Idealfall diejenigen Patienten von einer bestimmten Therapieform

profitieren, welche dafür die besseren spezifischen Ressourcen mitbringen (Grawe und Grawe-Gerber 1999).

Die in der Psychotherapie stark zunehmende Ressourcenorientierung gegenüber der lange vorherrschenden Defizitorientierung bezeichnen einige Autoren als Paradigmenwechsel (Shazer 1989). Andere betonen, dass sich die „Beschäftigung mit gesunden Anteilen, mit persönlichen Kompetenzen und Stärken, mit der Bedeutung des Selbstwertgefühls, und mit kohärenten Sinnbezügen [...] durch die gesamte Geschichte der Psychotherapie“ zieht (Schiepek und Cremers 2003, S. 149). Grawe und Grawe-Gerber halten fest, dass „die Ressourcen der Patienten für die Indikation und Wirkung von Psychotherapien eher eine noch größere Bedeutung haben als die Art ihrer Probleme.“ (1999, S. 63).

Laut Duncan und Miller (2003) sind die wichtigsten Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis diejenigen Ressourcen, die der Patient zu Beginn der Therapie zur Verfügung hat – und zwar unabhängig von der gewählten Behandlungsmethode (Ablon und Jones 1999, Zuroff et al. 2000). Des Weiteren kommt der therapeutischen Beziehung eine große Bedeutung zu (Duncan und Miller 2003). Grawe betont diesbezüglich „dass eine gute Therapiebeziehung als Folge einer gelungenen Ressourcenaktivierung angesehen werden kann und selbst eine wichtige Ressource des Patienten darstellt.“ (1998, S. 136).

2.2. Resilienz

Jeder stolpert und fällt von Zeit zu Zeit. Resilienz ist die Fähigkeit wieder aufzustehen und weiterzulaufen (Wagnild 2009). Sie beschreibt die Fähigkeit, das Leben trotz Herausforderungen und widriger Umstände zu meistern und dabei einen Zustand psychischer und emotionaler Ausgewogenheit zu wahren. Dabei geht es nicht allein darum, nach einem Schicksalsschlag wieder den seelischen Zustand zu erreichen, der zuvor bestand, sondern vielmehr darum, dass man an Schwierigkeiten und Widrigkeiten wächst, sich flexibel zeigt und aus diesem Prozess gestärkt hervorgeht (Wagnild und Young 1993, Wagnild 2009). In der bestehenden Literatur zeigt sich einige Inkonsistenz über Definitionen von Resilienz, unter anderem auch, weil diese persönliche Ressource aus unterschiedlichen Forschungsdisziplinen betrachtet wird (Ungar 2008a). Shaik und Kauppi konstatieren (2010, S. 156): „Common features across different definitions suggest that resilience occurs in the presence of adversities or risks and emerges from the transaction between an individual and his/her environment.“ Wagnild und Young definierten einen „Resilienz-Kern“, dem fünf Fähigkeiten zugrunde liegen: 1) *equanimity*: Die Gelassenheit, die Dinge hinzunehmen und eine aus-

gegliche Sicht auf sein Leben und seine Erfahrungen zu haben; 2) *perseverance*: Beharrlichkeit und Durchhaltevermögen trotz Widrigkeiten oder Entmutigungen; 3) *self reliance*: Der Glaube an sich und seine Fähigkeiten, aber auch das Kennen seiner persönlichen Grenzen; 4) *purposeful life*: Die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und den eigenen Beitrag dazu wahrzunehmen; 5) *existential aloneness*: Die Erkenntnis, dass das Leben eines jeden einzigartig ist und dass man einige Erfahrungen teilt, anderen jedoch allein begegnen und sie bewältigen muss (Wagnild und Young 1993).

Als eines der wichtigsten Merkmale der Resilienz wird die Flexibilität betrachtet: Resiliente Personen zeigen flexible Anpassungsfähigkeiten in Bezug auf bestimmte Umstände, gering resiliente Personen sind weniger flexibel und Veränderungen lösen Stress aus (Block und Block 2006, Leppert et al. 2013). Waugh et al. (2011) zeigten in einer Studie über die emotionalen Reaktionen von Patienten gegenüber einer Reihe positiver wie negativer Bilder, dass resiliente Personen nicht einfach bedingungslos positive Emotionen gegenüber allen Stimuli zeigten, sondern vielmehr die Fähigkeit hatten, ihre emotionalen Reaktionen den wechselnden Anforderungen anzupassen. Wenig resiliente Personen zeigten gegenüber positiven wie negativen Stimuli weniger ausgeprägte Reaktionen.

Viel Diskussion wirft die Frage auf, ob die Resilienz als ein über die Zeit stabiles Persönlichkeitsmerkmal oder als eine individuelle und spezifische Reaktion gegenüber einer bestimmten Situation zu sehen ist. Als Persönlichkeitseigenschaften werden hierbei persönliche Charakteristika betrachtet, die angeboren und für eine Person spezifisch sind und deren Handeln beeinflussen. Sie sind als über die Zeit stabil zu betrachten und werden in der Literatur als *Trait* bezeichnet. Ein individuelles Verhalten hingegen resultiert im großen Maße aus der Reaktion mit der Umwelt, die nicht als stabil anzusehen ist. Dieser dynamische Prozess von resilienten Reaktionen ist immer abhängig vom aktuellen Kontext und resultiert in einem für diese Situation spezifischen Zustand – dem *State* (Wagnild 2009). Block und Kremen konstatieren: „The idea of "resilience" implies a generalized, characterological quality of an individual and does not simply apply to a highly specific, one-time behavior.“ (1996, S. 351). Rutter hingegen vertritt die Meinung: „It is not, and cannot be, an observed trait. People may be resilient in relation to some kinds of environmental hazards but not others.“ (2007, S. 205) und stellt fest, dass Individuen nur durch Widrigkeiten resilient werden (Rutter 2007, Wagnild 2009). Er bezieht sich dabei auf Studien, die die Resilienz von ehemals misshandelten Personen untersuchten (Collishaw et al. 2007, DuMont et al. 2007). Unter

anderem zeigte sich, dass diejenigen Personen im jungen Erwachsenenalter eine ausgeprägte Resilienz zeigten, die im Laufe der Kindheit mehr Schicksalsschläge erfahren hatten als andere. Rutter schlussfolgert: „[...] stressful life experiences may have either a protective steeling effect or a negative effect that evades psychological resources.“ (2007, S. 206). Einige Autoren vertreten nun aber ein komplexes Miteinander dieser beiden Gegenpole, was der Wahrheit wohl am nächsten kommen dürfte. Ong et al. sprechen sich aus für „the dynamic interplay between both trait and process conceptualizations of resilience [and] resilient personality traits [that] influence and support meaningful short-term adaptation to daily stress.“ (2009, S. 1783). Haben Menschen eine hohe Trait-Resilienz, so zeigen sie stärkere und nachhaltigere Reaktionen auf positive Ereignisse des alltäglichen Lebens. Diese vielfach erlebten positiven Erfahrungen werden verinnerlicht und stehen bei zukünftigen Herausforderungen zur Verfügung. Ob aufgrund von Häufigkeit und Schwere von Belastungen die Trait-Resilienz auch irgendwann nachlassen kann, ist bisher noch größtenteils ungeklärt (Ong et al. 2009, Leppert et al. 2013). Aufgrund des beschriebenen Miteinanders von einerseits einer relativ stabilen Persönlichkeitseigenschaft und andererseits deren kontinuierlicher Adaptation an bestehende Situationen und Herausforderungen kann davon ausgegangen werden, dass die Resilienz einer Person gestärkt werden kann.

Wie wird man resilient?

Um über die Stärkung von Resilienz zu sprechen, ist es interessant zu beleuchten, welche konkreten Faktoren es einer Person ermöglichen, diese positiven Adaptationsprozesse im Angesicht von Stress, Anspannung und Widrigkeiten zu bewerkstelligen. Auch in diesem Feld fand bereits einige Forschung statt und es haben sich verschiedene Aspekte herausgestellt. Zum einen kommen sowohl protektive als auch kompensatorische Faktoren zum Tragen (Fergusson und Horwood 2003), zum anderen spielen sogenannte Prozessmodelle bei der Entwicklung von Resilienz eine Rolle (Shaik und Kauppi 2010).

Betrachten wir zuerst die erwähnten protektiven und kompensatorischen Faktoren. Rutter beschreibt protektive Faktoren wie folgt: “influences that modify, ameliorate, or alter a person’s response to some environmental hazard that predisposes to a maladaptive outcome.” (1985, S. 600). Sie haben also einen begünstigenden Effekt für diejenigen, die einem Risiko ausgesetzt sind gegenüber denjenigen, die keinem Risiko ausgesetzt sind (Shaik und Kauppi 2010). Sogenannte kompensatorische Faktoren hingegen zeigen einen direkten Einfluss auf Adaptationsprozesse im Leben, unabhängig vom Vorhandensein eines bestimmten Risikos.

Sie haben also einen begünstigenden Effekt für diejenigen, die einem Risiko ausgesetzt sind als auch für diejenigen, die keinem Risiko ausgesetzt sind (Fergusson und Horwood 2003). Dies sind einige Faktoren, die sowohl prädiktiv als auch kompensatorisch wirken können: Bestimmte Eigenschaften der Person (Intelligenz, sozialer Status), positive Eigenheiten der Familie (sorgende Eltern, funktionierende Familienbindungen) sowie der weiteren sozialen Umgebung (Kontakte zu Personen außerhalb der Familie) biologische Eigenschaften (neuronale Plastizität, Genetik) (Luthar et al. 2000, Curtis und Cicchetti 2003, Shaik und Kauppi 2010).

Bei der Untersuchung der bereits erwähnten Stressmodelle soll geklärt werden, mit welchen Mechanismen die beschriebenen Faktoren letztendlich zur Geltung kommen und zu erwünschten Adaptationsprozessen führen. Das 1985 von Rutter vertretene *interactive process model* beschreibt, dass funktionierende und harmonische interpersonelle Beziehungen einen protektiven Effekt auf die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen haben – im Besonderen bei Personen, die zuvor in diesem Bereich ihres Lebens negative Erfahrungen machen mussten (Shaik und Kauppi 2010). Ein weiteres wichtiges Prozessmodell ist das *main effect model*, durch welches die bereits beschriebenen kompensatorischen Faktoren zum Tragen kommen. In einer Längsschnittstudie von Fergusson und Horwood (2003) zeigte sich, dass bestimmte Faktoren wie Geschlecht, Persönlichkeitseigenschaften, Gruppenzugehörigkeit und interpersonale Bindungen in ihrer Kombination das Risiko für die Entwicklung einer Psychopathologie kompensieren können.

Sowohl bezüglich der Faktoren-Konstrukte als auch der Prozessmodelle finden sich einige Limitationen und Kritiken, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll (vgl. Shaik und Kauppi 2010).

Gen-Umwelt-Interaktionen

Bei der Frage, welche genauen Vorgänge ein Individuum resilient gegenüber Widrigkeiten werden lassen, wurde sich lange Zeit überwiegend auf psychosoziale Einflüsse konzentriert. Studien der letzten Jahre zeigen jedoch immer mehr, dass die Genetik ein nicht zu vernachlässigendes Gebiet bei der Suche nach Antworten darstellt. Cicchetti und Blender formulierten in ihrer Studie zur multiplen Betrachtungsweise der Resilienz treffend, das Verständnis von Resilienz „needs to take into account all levels of analysis from the cellular to the cultural.“ (2006, S. 251). So beeinflusst zum Beispiel ein bestimmtes Gen-Expressions-Muster die Handlungsweise eines Menschen ebenso wie bestimmte soziale Erfahrungen die

Entwicklung des Gehirns - durch Veränderung von Gen-Expression und Gehirnfunktionsmustern. Durch Lernprozesse sowie soziale und psychologische Erfahrungen herbeigeführte Veränderungen der Gen-Expression führen zu Veränderungen der neuronalen Plastizität eines Individuums. Diese Veränderungen spielen zum einen eine Rolle bei der Ausführung verschiedener Verhaltensmuster einer Person, aber auch, inwieweit ein Individuum mehr oder weniger stark von Stressoren betroffen ist (Cicchetti 2002, Cicchetti und Blender 2006).

Betrachtet man Resilienz also im Sinne neuronaler Plastizität, so zeichnen sich resiliente Menschen durch die Fähigkeit aus, schädigenden Einflüssen der Umwelt durch erhöhte neuronale Widerstandsfähigkeit gar nicht erst zu erliegen, oder aber sich nach stattgehabten schädigenden Einflüssen auf neurale Substrate wieder gut zu erholen; möglicherweise aufgrund einer erhöhten angeborenen Plastizität (Cicchetti und Blender 2006). In einigen Studien wurde zum Beispiel in Kollektiven misshandelter Kinder herausgefunden, dass ein funktioneller Polymorphismus in der Promotorregion des Gens für Monoaminoxidase A (MAOA) Einfluss auf die weitere Entwicklung der Betroffenen hat: Kinder mit einer niedrigen Expression der MAOA zeigten im späteren Leben ein signifikant höheres Level an antisozialem Verhalten als Kinder mit einer hohen MAOA-Aktivität (Caspi et al. 2002, Kim-Cohen et al. 2009). Als weiterer Einflussfaktor des Neurotransmittersystems konnte ein funktioneller Polymorphismus in der Promotorregion des Serotonintransporters 5-HTT identifiziert werden: Individuen mit einer oder zwei Kopien des 5-HTT-short-Allels zeigten mehr depressive Symptome und hatten eine höhere Rate an Suizidalität infolge 'stressful life events' oder Misshandlung als Individuen, die ähnlichen Situationen ausgesetzt waren, jedoch zwei Kopien des 5-HTT-long-Allels aufwiesen (Caspi et al. 2003, 2010, Kim-Cohen et al. 2009). In keinem der beiden Fälle zeigte der Gen-Polymorphismus Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Individuen, wenn diese keine bedrohende oder herausfordernde Situation bewältigen mussten (Kim-Cohen et al. 2009). 'Stressful life events' haben also Einfluss auf das Neurotransmittersystem, was erklärt, warum manche Menschen anders als andere unter ähnlichen Umständen eine Maladaptation im Sinne von zum Beispiel antisozialem Verhalten entwickeln (Caspi et al. 2002).

2.3. Selbstwirksamkeitserwartung

Nur der Glaube und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen lässt uns manch eine Handlung ausführen (Bandura 1977). Sei es beim Lernen für eine Klausur, indem

man daran glaubt durch persönlichen Einsatz und Ausdauer die Herausforderung meistern zu können, oder sei es beim Bewältigen physischer oder psychischer Krankheiten, indem man an die eigenen Stärken und Kompetenzen glaubt und davon überzeugt ist, durch diese einen Beitrag zum Genesungsprozess leisten zu können. Das Maß an Selbstvertrauen bestimmt, ob wir in herausfordernden Situationen bestimmte Bewältigungsstrategien ausführen und wie effektiv und andauernd diese Bemühungen sind. Das Konstrukt der Selbstwirksamkeit beruht auf Kognitionen, also auf der Summe all der Erfahrungen die wir gemacht haben, all der Probleme die uns begegnet sind und die wir auf diese oder jene Art lösen konnten. Im Sinne dieser Kognition betrachtet Bandura Selbstwirksamkeit als eine der wichtigsten Determinanten für Verhaltensänderungen (Bandura 1977, Sherer und Maddux 1982).

Bandura konstatiert, dass der Ursprung der Motivation, die zwischen der Person und ihrer Handlung steht, das Wissen um die folgenden Konsequenzen dieser Handlung ist. Die Realisierung bevorstehender positiver Folgen weckt Erwartungen, die zum Bestärken der dafür notwendigen Handlung führt. Er unterscheidet zwischen der Selbstwirksamkeit als „[...] the conviction that one can successfully execute the behavior to produce the outcomes“ (Bandura 1977, S. 193), die Einfluss auf das Verhalten hat, und der Handlungsfolgeerwartung als „[...] a person's estimate that a given behavior will lead to certain outcomes“ (Bandura 1977, S. 193), welche auch die Konsequenz der Handlung beinhaltet. Diese Unterscheidung von Effizienz- und Ergebniserwartung ist nötig, da Personen zwar der Überzeugung sein können, dass bestimmte Handlungen zu bestimmten Ergebnissen führen, diese Überzeugungen jedoch zu keiner Verhaltensänderung führen, wenn sie starke Zweifel daran haben, ob sie die nötigen Handlungen ausführen können (Bandura 1977).

Wie entsteht nun Selbstwirksamkeit und wie kann sie beeinflusst werden? Nach Bandura gibt es vier Informationsquellen, aus denen heraus sich Selbstwirksamkeit entwickelt: 1) *performance accomplishments*: Die eigene Erfahrung durch erlebte Erfolge wie auch Misserfolge. Die Selbstwirksamkeit wird durch Erfolge gestärkt und durch Misserfolge geschwächt. Letzteres insbesondere, wenn sie zu einem frühen Zeitpunkt der Entwicklung stattfindet. Hat sich die erworbene Effizienzerwartung stabilisiert und generalisiert, haben Misserfolge weniger schädigenden Einfluss und sie kann mitunter auch auf andere Bereiche übertragen werden. Die eben beschriebene Quelle der Selbstwirksamkeit stellt den besten Ansatzpunkt dar, diese zu beeinflussen und auszubauen. 2) *vicarious experience*: Auch stellvertretene Erfahrungen durch Beobachtungen können einen Lerneffekt erzeugen und zum

Ausbau von Effizienzerwartungen führen. 3) *verbal persuasion*: Sprachliche Kommunikation und Überzeugung in Form von Fremdbewertungen oder Selbstinstruktionen, die zwar kurzfristig zu einer Steigerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen führen können, jedoch ohne folgende individuelle Bemühungen von keiner Dauer sind. 4) *psychological states*: Die Wahrnehmung und Aktivierung eigener Gefühle - zum Beispiel ist das Erregungslevel einer Person umso höher, je niedriger die eigene Kompetenzerwartung ist. Ein Ansatzpunkt wäre hierbei also, in schwierigen Situationen Gefühlserregungen kognitiv unter Kontrolle zu bringen (Bandura 1977, Schwarzer und Jerusalem 2002).

Bandura teilt die Selbstwirksamkeit in drei Komponenten ein: 1) *magnitude*: Ihr Ausmaß, mit dem Aufgaben verschiedener Schwierigkeitsgrade bewältigt werden können; 2) *generality*: Ihre Allgemeingültigkeit, die – wenn vorhanden – ermöglicht, bestimmte Handlungen auch unter anderen Gegebenheiten durchführen zu können; 3) *strength*: Ihre Stärke, die nötig ist um Bewältigungsstrategien trotz Rückschlägen durchhalten zu können (Bandura 1977).

Als Folge der beschriebenen Aspekte fasst Bandura die Auswirkungen von Effizienzerwartungen folgendermaßen zusammen: 1) die Wahl beziehungsweise die Vermeidung bestimmter Situationen (z.B. Phobiker); 2) die Wahl bestimmter Verhaltensweisen (z.B. Vermeidung gefürchteter Situationen) ; 3) das Ausmaß und die Dauer bestimmter Bemühungen (z.B. Enthaltsamkeit bei Suchterkrankten) (Bandura 1977).

Während Bandura die Selbstwirksamkeit als relativ situationsspezifisches Konstrukt betrachtete, wobei Handlungsweisen zwar auf verschiedene Situationen übertragen werden können, die verschiedenen Bereiche jedoch weitestgehend unabhängig voneinander bleiben (Schwarzer 1994), erweiterten einige Forscher (Sherer und Maddux 1982, Sheton 1990, Schwarzer 1994, Luszczynska 2005) in der Weiterentwicklung des Konzepts die spezifische Selbstwirksamkeit um die generelle Selbstwirksamkeit und definieren diese wie folgt: „the composite of all important successes and failures that are attributed to the self. It is a global trait, relatively stable, and changes over time with an accumulation of success and failure experience. [...] General selfefficacy determines an individual's general confidence or success-ability, which significantly influences self-efficacy expectations for a specific situation.“ (Shelton 1990, S. 992).

Des Weiteren entstand das sogenannte Erwartungswert-Modell von Schwarzer, in dem er postuliert, dass sich Erwartungen hierarchisch aufbauen und nicht – wie bei Bandura Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartungen – als unabhängig zu betrachteten sind. Vor der

Kompetenzerwartung muss eine Konsequenzerwartung vorhanden sein, damit sich erstere aufbauen kann. Noch vor der Konsequenzerwartung sollte eine sogenannte Ergebnis-Folge-Erwartung vorhanden sein, also das Wissen um die Folgen des durch meine Handlung angestrebten Ergebnisses (Schwarzer 1994).

Selbstwirksamkeit in Gesundheit und Krankheit

Betrachtet man Selbstwirksamkeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit, so besteht in der Literatur Konsens darüber „dass Personen mit höherer Selbstwirksamkeit offenbar eine bessere seelische und körperliche Gesundheit aufweisen.“ (Fuchs und Schwarzer 1994, S. 149). Schwarzer und Jerusalem beschreiben: „[...] positive Erwartungshaltungen [können] adaptive, stressreduktive und präventive Verhaltensweisen im Sinne aktiver, problemorientierter Bewältigungsstrategien unterstützen, und ein positives Selbstkonzept fördert ebenfalls eine günstige Bewertung der eigenen Bewältigungsanstrengungen.“ (2002, S. 33). Beispielsweise resultiert eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung einer erkrankten Person in der Überzeugung, dass momentanes Wohlbefinden auf interne Bewältigungsstrategien zurückzuführen ist, schlechteres Wohlbefinden hingegen externen Faktoren (wie Schwere der Erkrankung oder andere widrige Umstände) zuzuschreiben ist (Schwarzer und Jerusalem 2002). Der gesundheitsfördernde Effekt der Selbstwirksamkeit ist zum einen gegeben durch Selbstwirksamkeit als eigenständige persönliche Ressource (Weber 2002), als auch durch die bessere Ausnutzung anderer Ressourcen, wenn die vorhandenen Erwartungshaltungen gestärkt und erhöht werden (Schmitz und Schwarzer 2002, Schwoerer et al. 2005).

Dass Selbstwirksamkeit im Gegenzug mit psychischen Erkrankungen zum Teil stark negativ korreliert, konnte in vergangenen Studien vielfach belegt werden. Vor allem der Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartungen mit Depressionen (Arnstein et al. 2001, Brody 2006, Francis et al. 2007), Ängsten (Takaki et al. 2003, Öst et al. 2004) oder eine Kombination beider Krankheitsbilder wurde untersucht und zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine geringe Ausprägung von Selbstwirksamkeit mit Depressionen, Ängsten und Hilflosigkeit assoziiert ist. Des Weiteren konnte bei der Untersuchung von Suchtpatienten gezeigt werden, dass eine hohe Selbstwirksamkeit mit längerem Duldungsvermögen der Abstinenz korreliert und außerdem – wenn zu Therapiebeginn untersucht – einen guten Vorhersagewert über das zukünftige Trinkverhalten bietet (Schindler und Körkel 1994, Jenko 2007). Als Grund für diese Zusammenhänge geringer Selbstwirksamkeitserwartung mit

psychischen Erkrankungen beschrieb Bandura bereits 1981, dass Personen mit geringer Kompetenzerwartung ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst richten, die Schwierigkeiten einer Situation überschätzen und sich somit durch ein erhöhtes Erregungsniveau ihre eigentlichen Leistungen verschlechtern (vgl. Stalder 1985).

Kollektive Selbstwirksamkeit

„People do not live their lives in individual autonomy. Indeed, many of the outcomes they seek are achievable only through interdependent efforts.“ - diese Aussage Banduras (2000, S. 76) beschreibt den Gedanken der kollektiven Selbstwirksamkeit kurz und treffend. Ein Individuum handelt nie allein aufgrund seiner eigenen Erfahrungen, Motivationen und Zielsetzungen, es findet sich vielmehr wieder in ständigen Interaktionen mit anderen Menschen, Gegebenheiten, Herausforderungen und äußeren Umständen.

Im Laufe der Weiterentwicklung des Konstrukts der Selbstwirksamkeit hat sich abgezeichnet, dass zu den Handlungskompetenzen einer Person nicht nur die individuelle, sondern auch eine kollektive Selbstwirksamkeit beiträgt (Bandura 1993, 1997, 2000, Schwarzer und Jerusalem 2002). Die Gruppen-Selbstwirksamkeit ergibt sich aus der Kombination und Koordination der individuellen Ressourcen zu einer gemeinsamen Handlungskompetenz. Es kommt also nicht einfach auf die Summation oder das Teilen einzelner Fähigkeiten an, sondern auf die interaktiven, koordinativen und synergistischen Dynamiken im Miteinander der Personen (Bandura 2000). So kann beispielsweise die kollektive Selbstwirksamkeit einer Gruppe, deren Mitglieder über viele Kompetenzen und Ressourcen verfügen, recht niedrig ausfallen, wenn sie nicht in der Lage sind, diese in interaktiven, integrativen und koordinativen Prozessen zum Tragen zu bringen. Andererseits kann die kollektive Selbstwirksamkeit einer Gruppe, in der sich die Mitglieder durch geringe oder durchschnittliche Ressourcen auszeichnen, durch die bestmögliche Nutzung dieser Möglichkeiten vergleichsweise hoch sein (Zaccaro et al. 1995, Schwarzer und Jerusalem 2002). Das Erleben kollektiver Kompetenz ermöglicht es dem Einzelnen, eigene Ressourcen besser zu nutzen und mit Ideen, positiven Einstellungen und Bewältigungsstrategien auch zukünftigen Situationen – ob allein oder im Kollektiv – zu begegnen (Bandura 2000, Schwarzer und Jerusalem 2002). Dies ist sicherlich einer der wichtigsten Aspekte von psychotherapeutischer Gruppentherapie, auf die an späterer Stelle noch genauer eingegangen wird.

2.4. Kohärenzgefühl

Bereits in den Konstrukten der vergangenen Kapitel wurde immer wieder der Frage nachgegangen, warum einige Menschen trotz schwerer Schicksalsschläge und enorm herausfordernder Ereignisse bei guter mentaler und/oder physischer Gesundheit bleiben, beziehungsweise diese schneller wiedererlangen können als andere.

Aaron Antonovsky beantwortete 1979 diese Frage mit dem *sence of coherence*, dem Kohärenzgefühl. Er beschreibt es als eine generalisierte, andauernde und dynamische Überzeugung, dass einem das eigene Leben als sinnhaft, verstehbar und handhabbar erscheinen lässt (Antonovsky 1979, 1993). Diese drei Komponenten kann man als miteinander verbundene Ressourcen betrachten. Sie werden wie folgt beschrieben: *Meaningfulness* als Verständnis, das eigene Leben und auch die vom Leben gestellten Anforderungen als sinnvoll, und entsprechende Bemühungen und Investitionen als wertvoll zu erachten; *comprehensibility* als Fähigkeit, Reize, Ereignisse und Entwicklungen aus internem und externem Erleben als strukturiert, geordnet und vorhersehbar wahrzunehmen; und *manageability* als Befähigung, die nötigen Ressourcen (personale sowie soziale) wahrzunehmen und umzusetzen, um interne und externe Anforderungen bewältigen zu können (Antonovsky 1979, 1993, Schuhmacher et al. 2005).

Eingebettet ist die Idee des Kohärenzgefühls in das Salutogenesemodell Antonovskys, dessen Mittelpunkt es darstellt. Im Gegensatz zum in der Vergangenheit dominierenden pathogenetischen Erklärungsmodell – also der Frage nach krankmachenden Ursachen – rückt das Salutogenesemodell die Frage in den Mittelpunkt, warum jemand trotz zahlreicher Belastungen und Stressoren bei Gesundheit bleibt, beziehungsweise diese wiedererlangt. Antonovsky (1979, 1987) sieht Krankheit und Gesundheit nicht als gegensätzliche und sich einander ausschließende Kategorien, sondern er spricht von „health as a position on a health ease/dis-ease continuum“ (Eriksson und Lindström 2006, S. 376), wobei der Kohärenzsinn als dispositionelle Bewältigungsressource eine Entwicklung hin zum gesunden Ende dieses Kontinuums ermöglicht (vgl. Antonovsky 1974, 1979, 1987, Schuhmacher et al. 2005, Eriksson und Lindström 2006). Jedoch ist der *sense of coherence* nicht als eine Copingstrategie an sich zu sehen, sondern als die Befähigung, in den geforderten Situationen zwischen den verschiedenen Bewältigungsstrategien die geeigneten auszuwählen und somit spezifische Ressourcen zu aktivieren (Franke und Broda 1993, Antonovsky et al. 1997).

Wie kam Antonovsky zu der Entwicklung des Konstrukts der Salutogenese und des *sense of coherence* als Antwort auf die Frage, wie Gesundheit entsteht? Einen ausschlaggebenden Punkt

stellten seine Erkenntnisse aus dem Jahr 1970 dar: In einer Erhebung wertete er die Anpassungsfähigkeit an die Menopause von Frauen aus, die während des Zweiten Weltkrieges in einem KZ inhaftiert waren. Der psychische wie auch physische Gesundheitszustand wurde mit einer Kontrollgruppe verglichen. Im Ergebnis zeigte sich, dass der Anteil der gesundheitlich nicht beeinträchtigten Frauen in der Kontrollgruppe größer war. Jedoch wurden immer noch 29 % der ehemals KZ-inhaftierten Frauen als physisch und psychisch gesund eingestuft (Antonovsky 1989). Dies warf die Frage auf, welche persönlichen Eigenschaften oder Ressourcen einen Menschen trotz enormer Belastungen und schlimmsten Lebenssituationen einen Menschen gesund bleiben, oder wieder gesund werden lassen. Das von Antonovsky daraufhin entwickelte Konstrukt des *sense of coherence* wurde seit dessen Entstehung unter Berücksichtigung verschiedenster Aspekte untersucht. Einige Forschungsergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Kohärenzgefühl in Gesundheit und Krankheit

Zahlreiche empirische Studien (Lundmann und Norberg 1993, Larsson und Krallenberg 1996, Kalimo 2002, 2003, Eriksson und Lindström 2006) konnten belegen, dass die Ausprägung des Kohärenzgefühls stark positiv mit Wohlbefinden und psychischer Gesundheit korreliert. Eine weniger starke, aber dennoch positive Korrelation zeigte sich bezüglich physischer Gesundheit. Das Kohärenzgefühl zeigt keinen unmittelbaren Einfluss auf körperliche Gesundheit, sondern entfaltet seine Auswirkungen indirekt über Präventions- und Bewältigungsverhalten (Schuhmacher 2005).

In ebenso zahlreichen Studien konnten negative Korrelationen zwischen der Ausprägung des Kohärenzsinns und empfundenem Stress (Feldt 2000, Breslin et al. 2006) sowie Depressionen, Ängsten, Neurotizismus und negativer Affektivität (Antonovsky 1986, Korotkow 1993, Strümpfer et al. 1998, Feldt et al. 2007) aufgezeigt werden.

Des Weiteren wurden Zusammenhänge zu Faktoren wie Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status und Kultur untersucht, wobei recht inkonsistente Ergebnisse resultierten. Bezüglich des Geschlechts zeigten einige Studien ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei Männern gegenüber Frauen (Schmidt-Ratjens et al. 1997, Bengtsson-Tops et al. 2005, Raty et al. 2005, Myrin und Lagerström 2008), andere Studien ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei Frauen gegenüber Männern (Broda et al. 1995, Larsson und Krallenberg 1996, Sack et al. 1997, Poppius et al. 1999, Ghazinour et al. 2004). Andere wiederum konnten keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (Schumacher et al. 2000,

von Bothmer und Fridlund 2003, Neuner et al. 2005) feststellen.

Auch in Bezug auf das Alter lassen sich unterschiedliche Aussagen finden: Einige Studien konnten eine Zunahme des Kohärenzgefühls im Alter zeigen (Zirke et al. 2007, Bengel et al. 2009). Schuhmacher et al. (2000) sprachen sich für eine Abnahme des Kohärenzgefühls im Alter aus.

Antonovsky als Soziologe betont, dass es für die Ausbildung und Entwicklung des *sense of coherence* eine stabile und stärkende Umgebung und Gesellschaft braucht (Antonovsky 1993). Es kann also daraus geschlossen werden, dass das soziale Umfeld und der sozioökonomische Status Einfluss auf die Ausprägung des Kohärenzsinn haben. 1987 sah Antonovsky die Ausprägung des Kohärenzgefühls noch als weitgehend unabhängig von soziokulturellen und soziodemographischen Einflüssen an. Mittlerweile konnte eine Reihe von Studien jedoch einen Einfluss von Kultur (Bowman 1996, Hood et al. 1996, Benyamin et al. 2011), sozialem Umfeld (Lundberg und Peck 1994, Haavet et al. 2005) und sozioökonomischen Status (Janßen et al. 2000, Konttinen et al. 2008) ausmachen. Menschen mit höherem Bildungsniveau sowie sozial besser gestellte Personen zeigen einen stärker ausgeprägten Kohärenzsinn (Konttinen et al. 2008). Menschen mit guten interpersonellen Beziehungen und funktionierender sozialer Unterstützung zeigten ebenfalls ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl und eine geringere Anfälligkeit gegenüber Stressoren (Mydrin und Lagerström 2007).

Antonovsky postulierte 1987, dass vor allem ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl - und nicht nur die alleinige Abwesenheit eines schwachen Kohärenzgefühls – zum Gesundheitserhalt und zur Gesundheitsförderung beiträgt. Jedoch zeigte sich in Studien (Strümpfer et al. 1998, Kivimäki et al. 2000), dass insbesondere ein niedrig ausgeprägtes Kohärenzgefühl Aussagen über den Gesundheitszustand einer Person zulässt. Ein gut ausgeprägter Kohärenzsinn jedoch wenig Aussagekraft hat, also nicht zwangsläufig bedeutet, die Person verfüge über besonders gute Bewältigungsmechanismen und sei deswegen von sehr guter Gesundheit. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass mit dem Messinstrument des *sense of coherence*, der SOC-Skala – auf die an späterer Stelle näher eingegangen wird – in ungefähr der Hälfte der Aussagen auf negative Gefühle und Symptome eingegangen wird (Konttinen et al. 2008).

Dient nun aber eine Aussage über die Stärke des Kohärenzgefühls tatsächlich als Vorhersage zukünftiger psychischer und physischer Gesundheit? Bei ihrer Zusammenschau zahlreicher empirischer Studien konnten Eriksson und Lindström (2006) sowohl kurz- als auch langfristig

einen hohen Vorhersagewert ausmachen. Auch andere Studien zeigten einen guten Nutzen zur Vorhersage zukünftiger Gesundheit (Suominen et al. 2001, Surtees et al. 2006) oder zukünftiger Krankheit (Kivimäki et al. 2000). Jedoch haben auch einige Forscher (Kivimäki 2000, Atroschi et al. 2002) nach empirischen Studien postuliert, dass kein Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheitserhalt oder dem Ausmaß an salutogenetischen Ressourcen besteht.

Kritik am Konstrukt des Kohärenzgefühls

Beschäftigt man sich mit Antonovskys Konstrukt des *sense of coherence*, so kommt man nicht umhin, auch zahlreiche kritische Aspekte zu beleuchten, die seit Bestehen des Konstruktes von verschiedenen Seiten geäußert wurden.

Hauptkritikpunkt stellt die unklare Abgrenzbarkeit zwischen Kohärenzgefühl und anderen Konstrukten mentaler Gesundheit wie auch Krankheit dar. Besonders die große Verwandtschaft zu Disstress (Geyer 1997, Kivimäki et al. 2000, Kontinen et al. 2008, Langeland und Wahl 2009), Depressionen, Ängsten und Neurotizismus (Korotkov 1993, Strümpfer et al. 1998, Kivimäki et al. 2000, Bengtsson-Tops et al. 2005) lassen die Frage aufkommen, ob ein niedriger Kohärenzsinn schlichtweg gleichbedeutend ist mit beispielsweise Depression, oder ob allen erwähnten 'negativen Affekten' gemeinsame Variablen zugrunde liegen, die zu einem erheblichen Teil die Varianz des Kohärenzgefühls erklären (Griffiths 2010). Fredrickson (2000) beschreibt einen möglichen Mechanismus, der die drei Komponenten des Kohärenzgefühls mit negativer Affektivität verbindet: Emotional negative Zustände sind verbunden mit negativem und eingengtem Denken und Handeln, was sich durchaus auf das Empfinden von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit und somit auf das Ausmaß des Kohärenzgefühls eines Individuums auswirken kann. Andere Autoren (Antonovsky 1996b, Feldt et al. 2000, Pallant und Lae 2002, Breslin et al. 2006) sehen den *sense of coherence* jedoch als durchaus facettenreiches Konstrukt, welches positive wie auch negative psychische Zustände gleichermaßen widerspiegelt und somit eine komplexe Charaktereigenschaft darstellt, die viele Bereiche einer Persönlichkeit abdeckt (Griffiths 2010).

Ein weiterer Kritikpunkt wurde 1997 von Geyer formuliert: Er warf Antonovsky vor, der Rolle der Emotionen bei Bewältigungsprozessen von Stress nicht genügend Beachtung zu schenken und einen zu starken Fokus auf rationale Erklärungsansätze zu richten. Diese Kritik ist insofern nur bedingt berechtigt, als dass Antonovsky (1987) erklärt, dass Personen mit hohem

Kohärenzsinn eher in der Lage sind, ihre Gefühle wahrzunehmen und sie zu beschreiben und sich somit weniger von ihnen bedroht fühlen. Durch die Mobilisierung emotionaler und kognitiver intra- und interpersoneller Ressourcen können Personen mit hohem Kohärenzsinn somit Situationen und Probleme besser bewältigen. Neben Geyer messen auch andere Autoren (Lazarus und Folkman 1984, Lazarus 2006, Goleman 2006) den Emotionen bei Copingprozessen eine zentralere Rolle bei als Antonovsky es womöglich tat.

Trotz dieser und anderer Kritiken, die an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden sollen, schätzen die meisten Autoren und Forscher (Strümpfer et al. 1998, Kalimo et al. 2002, 2003, Breslin et al. 2006, Eriksson und Lindström 2006, 2007, Nilsson et al. 2010) das Kohärenzgefühl als wertvolles Konstrukt zur Identifikation von Faktoren, die ein gutes Coping ermöglichen.

2.5. Stationäre Psychotherapie

Die allgemeinen Wirkmechanismen einer Psychotherapie im Einzelsetting fassten Grawe et al. (1994) wie folgt zusammen: 1) Erhöhung der Bewältigungskompetenz. So werden beispielsweise beim sozialen Kompetenztraining neue Bewältigungsstrategien vorgeschlagen, eingeübt und möglichst in den Alltag übertragen. 2) Klärung und Veränderung von Bedeutungen, um bei der Bewertung vergangener und aktueller Ereignisse zu helfen. 3) Problemaktualisierung, um Probleme sichtbar und nacherlebbar zu machen. So wird zum Beispiel bei der psychodynamischen Übertragung die Aktualisierung von Beziehungsproblemen therapeutisch genutzt. 4) Ressourcenaktivierung, um eine optimierte Nutzung bestehender Stärken zu entwickeln (vgl. Rief et al. 2006).

Durch die im Gegensatz zur Einzeltherapie bestehende Pluralität in einer Gruppenpsychotherapie kommen noch weitere Wirkfaktoren zum Tragen. Irvin D. Yalom beschrieb 1989 folgende Primärfaktoren: Hoffnung-Einflößen, Universalität des Leidens (Erlebnis des Nichtalleinseins mit Problemen und Schwierigkeiten), Mitteilung von Informationen (didaktische Anregungen und Hinweise von Therapeut und Mitpatienten), Altruismus (Selbstlosigkeit anderen gegenüber), Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe (unbewusstes Wiedererleben früherer Familienstrukturen in der Gruppe), Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, Nachahmendes Verhalten, Interpersonales Lernen (Verhaltensänderungen im sozialen Feld der Gruppe), Gruppenkohäsion (Zugehörigkeits- und Akzeptanzgefühl durch Zusammenhalt der Gruppe), Katharsis (Reduktion von Konflikten und verdrängten Emotionen durch das verstärkte

Ausleben derselben) und Existentielles Lernen (Aspekte über Sinn des Lebens, Daseins, Sterbens) (Yalom 1989, Tschuschke 2010). Diese Wirkfaktoren sind als voneinander abhängig zu betrachten (Yalom 1989).

Im Rahmen einer stationären Psychotherapie sollte ein multimodales Behandlungskonzept angewandt werden, an dem ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Ärzte anderer Fachrichtungen (beispielsweise Psychosomatiker, Internisten, Neurologen), Spezialtherapeuten sowie Fachgesundheits- und krankenschwäger beteiligt sind. Im Mittelpunkt stehen verbale und nonverbale Interventionen in Einzel- und Gruppentherapie, ergänzt durch Körper- und Kreativtherapie (Entspannungsverfahren, Ergotherapie, Musiktherapie, Physiotherapie) sowie Psychopharmakotherapie. Indikationen für die Durchführung einer stationären Psychotherapie sind unter anderem: Eine ausgeprägte psychische und/oder physische Komorbidität, eine stark verminderte psychophysische Belastbarkeit, die eine durchgängige Stützung und Strukturierung nötig erscheinen lässt und eine stark ausgeprägte Symptomatik, die einer engmaschigen Betreuung bedarf (vgl. Streeck 2007).

Es können verschiedenste Formen der Psychotherapie angewandt werden. An dieser Stelle soll vor allem auf die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eingegangen werden, da diese die angewandte Therapieform in den Psychosomatischen Kliniken von Jena und Stadtröda ist, auf denen die Daten zu vorliegender Studie erhoben wurden. Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie wird die Symptomatik des Patienten auf aktuell wirksame unbewusste Konflikte zurückgeführt, die die gegenwärtige Lebenssituation beeinträchtigen. Ziel der Therapie ist die Aufdeckung der unbewussten Konflikte, um in der Folge eine Möglichkeit des Umgangs damit zu finden. Dabei nimmt der Psychotherapeut eine neutrale Haltung ein und überlässt dem Patienten weitestgehend die Therapiegestaltung. Während des Behandlungsprozesses ist seine Aufgabe das Fokussieren auf den aktuellen pathogenen Konflikt, wobei er sich an zuvor verabredeten Behandlungszielen orientiert. Die Indikation zu einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie ist gegeben, wenn die Symptomatik des Patienten auf unbewusste Konflikte zurückzuführen ist, deren Lösung möglich erscheint und ihm damit geholfen werden kann. Dabei muss sich der Patient auf eine intensive Beziehungsgestaltung zum Therapeuten einlassen können, muss sein inneres Erleben und das aktuelle Geschehen selbst reflektieren können und Frustrationen, die mit der Bearbeitung zuvor nicht wahrgenommener Konflikte einhergehen, aushalten können (vgl. Streeck 2007).

Bei der tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie richten sich sämtliche interper-

sonalen Prozesse auf die Gruppe als Ganzes, auf die Subgruppen sowie einzelne Gruppenmitglieder. Unbewusste Konflikte manifestieren sich vielfach in interpersonellen Beziehungen. Durch die in der Gruppentherapie stattfindende Verbalisierung von Übertragungseffekten können diese unbewussten Konflikte und Konfliktverarbeitungen deutlich gemacht und dadurch verstanden und bearbeitet werden. Die Deutung der individuellen unbewussten Konflikte erfolgt durch den Gruppenanalytiker. Hierbei soll sich insbesondere auf die Ebene psychosozialer Konfliktmuster und psychosozialer Abwehrformen konzentriert werden. Der Gruppentherapeut zeigt sich zurückhaltend und deutet lediglich das unbewusste Geschehen, sodass bestimmte Prozesse für die Gruppenteilnehmer erlebbar und verstehbar werden. Die Indikation für eine tiefenpsychologisch orientierte Gruppenpsychotherapie besteht bei Patienten, deren Störung sich in ihrem alltäglichen Lebensalltag in Beziehungs- und Rollenkonflikten manifestieren (vgl. Streeck 2007).

Nicht-verbale psychodynamisch orientierte Therapieverfahren

Neben den meist verbalen Interventionen in Einzel- und Gruppentherapie bilden auch die nicht-verbalen psychodynamischen Therapieverfahren einen wichtigen Bestandteil in der multimodalen Behandlung der stationären Psychotherapie.

So werden in der Gestaltungstherapie bildnerische und gestalterische Mittel genutzt, um durch spontanes, intuitives Gestalten abgewehrte und unbewusste Erfahrungen und Gefühle zum Ausdruck kommen zu lassen, die anschließend mit dem Therapeuten besprochen werden.

Körpertherapeutische Verfahren sind vor allem für Patienten mit schwerer psychosomatischer Erkrankung geeignet, deren eigenes inneres Erleben oft verschlossen ist. Das Ziel hierbei ist, die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmung auf das eigene Körpererleben zu richten (vgl. Streeck 2007).

Die Kommunikative Bewegungstherapie ergänzt mit ihrem tiefenpsychologisch orientierten Ansatz die Einzel- und Gruppengesprächstherapie. Der Patient soll sein Verhalten im Rahmen der Gruppenbewegungstherapie im Umgang mit sich und den anderen Gruppenmitgliedern bewusst erleben können. Ziel ist die Beeinflussung von vorhandenen Kommunikations- und Integrationsstörungen (Wilda-Kiesel 1998).

In der Musiktherapie ist die Musik das Medium der non-verbalen Kommunikation. Sie kann rezeptiv und produktiv erfolgen. Bei der rezeptiven Musiktherapie ist das Ziel die physische und psychische Entspannung durch das Anhören von Musik oder es erfolgt das Anknüpfen an die konfliktaufdeckende Therapie durch die Auswertung der Empfindungen beim Zuhören.

Bei der produktiven Form der Musiktherapie dient die Musik als kommunikatives Medium, womit der Patient seinem inneren Erleben Ausdruck verleihen kann (vgl. Streeck 2007).

Entspannungsverfahren

Verschiedenste Entspannungsverfahren sind Standardinterventionen im multimodalen Therapiekonzept. Dabei geht man davon aus, dass eine Erhöhung von Entspannungsreaktionen zu Symptomverbesserung führt. Eine körperliche Entspannungsreaktion führt beispielsweise auch zu einer seelischen Entspannungsreaktion, wie subjektives Wohlbefinden und mehr Gelassenheit. Viele psychische Krankheitsbilder gehen mit einer erhöhten physiologischen Aktivität einher; es ist also auch möglich, dass eine fehlende Fähigkeit zur Entspannung zur Krankheitsentstehung, beziehungsweise zu deren Aufrechterhaltung beiträgt.

Neben der klassischen Verspannung sind die Hauptindikationen für Entspannungsverfahren unter anderem die chronische Schmerzstörung, Angststörungen und Somatisierungsstörungen. Beispiele für Entspannungsverfahren wären die Progressive Muskelrelaxation, Yoga, Biofeedback und Autogenes Training (vgl. Rief et al. 2006).

2.6. Ableitung der Fragestellungen

Nach der ausführlichen Darstellung der im Fokus stehenden Ressourcen werden im folgenden Abschnitt verschiedene Fragestellungen formuliert, die in dieser Arbeit untersucht werden sollen.

Zuerst soll die Ausprägung der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl zu Therapiebeginn unter unterschiedlichen Aspekten betrachtet werden. Folgende Hypothesen werden aufgestellt:

- 1.1. Die Patienten zeigen eine jeweils geringere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl als die bevölkerungsrepräsentative Norm.
- 1.2. Es zeigt sich kein signifikanter Unterschied in der Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bezüglich Geschlecht, Alter und Diagnosegruppe.
- 1.3. Patienten mit höherem sozioökonomischen Status zeigen eine höhere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl.

- 1.4. In einer festen Partnerschaft lebende Patienten zeigen eine höhere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl.

Des Weiteren soll der Zusammenhang zwischen Ressourcenausprägung und der Symptombelastung zu Therapiebeginn untersucht werden, wobei folgende Hypothesen aufgestellt werden:

- 2.1. Eine hohe Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl korreliert mit einer geringeren Belastung interpersoneller Probleme.
- 2.2. Eine hohe Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl korreliert mit einer geringeren physischen und psychischen Symptombelastung.

Schließlich soll der prädiktive Wert der Ressourcenausprägung auf das Therapieergebnis beleuchtet werden. Hierfür wird folgendes konstatiert:

- 3.1. Patienten mit zu Therapiebeginn gering ausgeprägten Ressourcen (Resilienz, Selbstwirksamkeit, Kohärenzgefühl) zeigen zu Therapieende eine höhere Belastung mit interpersonellen Problemen sowie eine höhere Belastung mit physischen und psychischen Symptomen als Patienten mit zu Therapiebeginn höher ausgeprägten Ressourcen.
- 3.2. Die Ressourcenausprägung erlaubt eine Vorhersage des Therapieergebnisses: Je höher ausgeprägt Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl sind, desto größer ist der Therapieerfolg, gemessen an Testwertdifferenzen.
- 3.3. Dabei zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den drei Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bezüglich ihres Vorhersagewertes.
- 3.4. Soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstatus zeigen keinen signifikanten Einfluss auf den Vorhersagewert der drei Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl.

3. Methodik

Zur Untersuchung der dargestellten Hypothesen wurde das Studiendesign einer prospektiven Längsschnittstudie gewählt. Zu Beginn der stationären Psychotherapie wurden die unabhängigen Prädiktorvariablen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl erhoben. Zu Beginn und Ende der Therapie wurde jeweils die Belastung an psychischen und physischen Symptomen, sowie die Belastung an Problemen im interpersonellen Bereich erfasst.

Ein positiver Bescheid zur Durchführung der Studie lag von der zuständigen Ethikkommission vor.

Im Methodenteil dieser Arbeit soll nun auf den Ablauf der Datenerhebung sowie das gegebene Behandlungssetting eingegangen werden. Des Weiteren werden die verwendeten Messinstrumente und die Patientenstichprobe beschrieben.

3.1. Datenerhebung

Die Datenerhebung zur vorliegenden Arbeit erfolgte auf den psychosomatischen Stationen des Universitätsklinikums Jena sowie des Asklepios Fachklinikums Stadtroda. Zu diesem Zweck besteht seit Juli 2012 ein Kooperationsvertrag zwischen beiden Kliniken.

Im Zeitraum von Oktober 2012 bis Mai 2013 wurden alle Patienten in die Studie eingeschlossen, die sich dazu bereit erklärten. Jeweils in der ersten (in Ausnahmefällen in der zweiten) Therapiewoche fand ein Gespräch mit den neu aufgenommenen Patienten statt, in dem sie über Hintergründe und Ziele der Studie aufgeklärt wurden. Zudem wurde ihnen mitgeteilt, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und sie diese jederzeit und ohne daraus entstehende Nachteile zurückziehen können. Diese Informationen wurden den Patienten auch in schriftlicher Form mitgeteilt. Durch eine unterschriebene Einwilligungserklärung erlaubten die Patienten die Verwendung der erhobenen Daten in anonymisierter Form (vgl. Anhang 7.2.1., 7.2.2.).

Die zwei Erhebungszeitpunkte erfolgten in der ersten und letzten Woche des Klinikaufenthalts. Zum ersten Erhebungszeitpunkt wurden die Patienten gebeten, die drei Kurzformen der Skalen zur Erfassung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auszufüllen, welche im folgenden Kapitel beschrieben werden. Des Weiteren erfolgte zu diesem Zeitpunkt die Erfassung einiger soziodemographischer Daten anhand eines zusammengestellten Fragebogens (vgl. Anhang 7.2.3.). Um das Therapieergebnis beurteilen

zu können, erfolgte zu beiden Erhebungszeitpunkten die Erfassung der Symptombelastung anhand der Symptom-Checkliste (SCL-90-R), sowie die Erfassung der Belastung mit interpersonellen Problemen anhand des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-32). Beide Messinstrumente werden ebenfalls im Folgenden erläutert. Die Bearbeitung und computergestützte Auswertung der SCL-90 erfolgt in beiden Kliniken routinemäßig und die entsprechenden Daten wurden den Patientenakten entnommen. In Jena wird auch das IIP-32 routinemäßig zur Beurteilung des Therapieverlaufs eingesetzt, sodass auch diese Werte den Patientenakten entnommen werden konnten. In Stadtroda wurden die an der Studie teilnehmenden Patienten gebeten, das IIP-32 jeweils zu Therapiebeginn und -ende auszufüllen. Weitere Informationen, wie zum Beispiel Diagnosen der Patienten oder Besonderheiten im Therapieverlauf, wurden anschließend den Patientenakten entnommen.

3.2. Behandlungssetting

Auf den psychosomatischen Stationen der Kliniken Jena und Stadtroda werden Patienten mit dem gesamten Spektrum an psychosomatischen Erkrankungen behandelt. Es finden sich also die Diagnosen Somatoforme Störungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Die Gruppentherapie findet in Jena in zwei Gruppen zu jeweils acht Patienten im halboffenen Setting statt und die Therapiedauer beträgt 8-12 Wochen. Die Behandlung erfolgt mittels eines fächerübergreifenden und störungsspezifischen Behandlungsprogrammes. Das multimodale Konzept besteht aus Gruppen- und Einzelpsychotherapien, Musiktherapien, Ressourcenorientierten Gruppen, Gestaltungstherapien, Entspannungsverfahren (beispielsweise Autogenes Training und Yoga) sowie physiotherapeutischen Angeboten. Das Gesamtbehandlungskonzept ist psychodynamisch orientiert, jedoch werden auch Elemente der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie angewandt.

In Stadtroda findet nach einer 2-wöchigen Phase hochfrequenter methodenkombinierter Einzelgespräche die 8-wöchige Phase der Gruppentherapie statt. Diese erfolgt in halboffen geführten Gruppen zu je 10 bis 12 Patienten. Beide Therapiegruppen arbeiten nach einem psychodynamischen, also konflikt- und persönlichkeitszentrierten und konfliktmobilisierenden und –aktiverenden Gruppentherapiekonzept. Des Weiteren kommen andere Psychotherapiemethoden wie Kommunikative Bewegungstherapie, Gestaltungs- und Ergotherapie, Musiktherapie und Entspannungsverfahren (Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation) zum Einsatz.

3.3. Beschreibung der verwendeten Messinstrumente

3.3.1 SCL-90-R: Die Symptomcheckliste 90 – revidierte Fassung (Franke 2002)

Beim SCL-90-R handelt es sich um einen multidimensionalen Selbstberichtsfragebogen, bestehend aus 90 Items zu körperlichen und psychischen Symptomen. Er erhebt mit Hilfe einer fünfstufigen Likertskala (0 = überhaupt nicht, 1 = ein wenig, 2 = ziemlich, 3 = stark, 4 = sehr stark) die subjektive Symptombelastung der vergangenen sieben Tage. Die Items können jeweils verschiedenen Skalen zugeordnet werden, welche die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus abdecken. Neben den Items zu diesen neun Subskalen werden außerdem Fragen zu gestörtem Schlaf, gestörtem Essverhalten und suizidalen Tendenzen gestellt. Des Weiteren können drei globale Kennwerte errechnet werden; sie können Auskunft geben über die grundsätzliche psychische Belastung (Global severity Index, GSI), die durchschnittliche Intensität der Symptome (Positive Symptom Distress Index, PDSI) und die Anzahl der Symptome, bei der eine Belastung vorliegt (Positive Symptom Total, PST). Von diesen Globalkennwerten wird vor allem der GSI als anerkanntes Outcome-Kriterium zur Beurteilung der Symptombelastung benutzt (Schauenberg und Strack 1999, Sack et al. 2003). Laut der Testzentrale des Hogrefe Verlages (2012a) können die internen Konsistenzen der Subskalen in der repräsentativen Eichstichprobe von $r = .74$ bis $r = .97$ sowie die Retestreliabilität über eine Woche von $r = .69$ bis $r = .92$ als zufriedenstellend betrachtet werden. Bei den Items ist sowohl Augenscheinvalidität als auch Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität gegeben. Die Faktorenstruktur konnte in verschiedenen klinischen Stichproben bestätigt werden. Es liegen umfangreiche und aktualisierte Normen vor (Franke 2002).

Jedoch kritisieren einige Autoren die SCL-90-R insofern, als dass die Subskalen untereinander hoch korrelieren und sich die faktorenanalytische Struktur der Skalen nicht bestätigen lässt. In einigen Studien (Hardt et al. 2000, Hessel et al. 2001, Hardt und Brähler 2007) und auch in dieser Arbeit wird sich deswegen auf den Globalkennwert GSI beschränkt. Es werden die durch computergestützte Auswertung generierten T-Werte verwendet. Diese entstehen durch Umrechnung der Rohwerte anhand von geschlechts, alters- und bildungsspezifischen Normtabellen und stellen zwischen 40 und 60 den Normbereich dar. Werte über 60 gelten als leicht überdurchschnittlich und zeigen somit eine erhöhte Symptombelastung auf, Werte über 70 werden als deutlich überdurchschnittlich gewertet und sprechen somit für eine hohe Symptombelastung.

3.3.2. IIP-32: Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (Thomas et al. 2011)

Das Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme erfasst selbst wahrgenommene Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Personen und beinhaltet gewünschte Muster, die im Umgang mit Anderen schwer fallen (z.B. „Es fällt mir schwer, anderen Personen zu vertrauen“) und unerwünschte Muster, die man „zu viel“ tut (z.B. „Ich streite zu viel mit anderen“). Neben der vergleichsweise umfangreichen Originalversion des IIP-Fragebogens mit 127 Items (Horovitz et al. 1988) existieren außerdem eine Version mit 64 Items (Alden et al. 1990, Horovitz et al. 2000) sowie andere Kurzformen (Soldz et al. 1995, Barkham et al. 1996). Die in dieser Arbeit verwendete Kurzform IIP-32 (Thomas et al. 2011) beinhaltet 32 Items, von denen jeweils vier Items den Skalen autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/sozial, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich und expressiv/aufdringlich zugeordnet werden können. Somit berücksichtigt das Inventar trotz seiner ökonomischen Kürze das interpersonale Kreismodell, wonach sich alle zwischenmenschlichen Verhaltensweisen entlang der Dimensionen Zuneigung und Dominanz in einem zweidimensionalen Raum anordnen lassen (Horovitz et al. 2000). Die Beantwortung der Fragen erfolgt anhand einer fünfstufigen Ratingskala (0 = nicht, 1 = wenig, 2 = mittelmäßig, 3 = ziemlich, 4 = sehr). Zur Auswertung lässt sich über alle acht Subskalen ein Gesamtwert (IIP_{Gesamt}) errechnen, der einen Index für das generelle Ausmaß an interpersonellen Problemen darstellt. Die internen Konsistenzen der Kurzskalen im verwendeten Manual können als zufriedenstellend bis gut bewertet werden, wobei die geringste interne Konsistenz einen Wert von $<.70$ aufwies (Thomas et al. 2011).

3.3.3. RS-11: Resilienzskala (Schumacher et al. 2005)

Die Resilienzskala erfasst die psychische Widerstandsfähigkeit eines Individuums im Angesicht von Belastungen und herausfordernden Lebensereignissen. Die Resilienz wird hierbei als ein Persönlichkeitsmerkmal (Trait) betrachtet. Die in dieser Arbeit verwendete Kurzform wurde 2005 von Schumacher et al. auf der Grundlage der ursprünglichen 25-Item-Version von Wagnild und Young (1993) und deren deutscher Übersetzung (vgl. Leppert 2003) entwickelt. Sowohl Aroian et al. (1997) als auch Schumacher et al. (2005) konnten die von Wagnild und Young beschriebene Zweidimensionalität des Messinstrumentes nicht replizieren und postulieren vielmehr eine Eindimensionalität der 25-Item-Skala. Die ökonomi-

sierte Kurzfassung der Resilienzskala zeigt eine hohe Korrelation mit der 25-Item-Gesamtskala und weist somit keinen Qualitätsverlust des Messinstrumentes auf. Es handelt sich dabei um eine eindimensionale Skala bestehend aus elf Items, die sich in ihren Aussagen auf die Bereiche „Persönliche Kompetenz“ und „Akzeptanz des Selbst und des Lebens“ beziehen und anhand einer siebenstufigen Antwortskala (1 = „ich stimme nicht zu“ bis 7 = „ich stimme zu“) beantwortet werden. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbach Alpha von .91 als gut einzustufen. Durch exploratorische Faktorenanalyse konnte gezeigt werden, dass alle elf Items auf einen Faktor laden, der allein 53.7 % der Gesamtvarianz aufklärt. Dabei variieren die Faktorladungen der Items zwischen .67 und .81 und die RS-11 kann somit als eine valide Skala zur Erfassung eines Generalfaktors der Resilienz betrachtet werden (Schumacher et al. 2005). Zur Auswertung werden die Rohdaten der einzelnen Items aufsummiert, wodurch ein Gesamtscore zwischen 11 und 77 entsteht. Hierbei spricht demnach ein hoher Score für eine hohe Ausprägung der Resilienz, ein niedriger Score für eine schlechte Ausprägung.

Schumacher et al. (2005) überprüften auch die Korrelation der RS-11 mit der Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem und Schwarzer 1999), auf die an späterer Stelle genauer eingegangen wird. Aufgrund der Ähnlichkeit der Konzepte Resilienz und Selbstwirksamkeit - beide beziehen sich auf persönliche Kompetenzen - zeigte sich hierbei eine hohe Korrelation. Jedoch ließ sich weniger als die Hälfte der Varianz durch die jeweils andere Variable erklären. Somit ist davon auszugehen, dass die beiden Skalen nicht gleichzusetzen sind, sondern sich durch die Erfassung auch unterschiedlicher Aspekte vielmehr ergänzen. In beiden Skalen werden vor allem wahrgenommene persönliche Kompetenzen erfasst, die RS-11 bildet jedoch des Weiteren Selbstwertaspekte (Item 4: „Ich mag mich.“, vgl. Anhang 7.2.4.) sowie optimistische Einstellungen (Item 8: „Ich finde öfter etwas, über das ich lachen kann.“, vgl. Anhang 7.2.4.) ab.

3.3.4. Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (Jerusalem und Schwarzer 1999)

Bei der Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Einschätzung der eigenen Kompetenzen bei der Bewältigung schwieriger Situationen. Sie beruht auf Banduras Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura 1977) und wurde 1979 mit ursprünglich 20 Items entwickelt. Seit 1981 liegt eine ökonomisierte Kurzfassung von Schwarzer und Jerusalem vor, die in den folgenden Jahren nur wenig verändert wurde (vgl. Schwarzer 2008). In dieser Arbeit wurde die revidierte

Fassung von Schwarzer und Jerusalem (1999) verwendet. Die Skala besteht aus zehn Items, die gleichsinnig gepolt sind und jeweils eine internal-stabile Attribution bezüglich der eigenen Erfolgserwartung zum Ausdruck bringen (Item 8: „Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.“ vgl. Anhang 7.2.5.) - beziehend auf die letzten sieben Tage. Die Beantwortung erfolgt anhand einer vierstufigen Likertskala (1 = stimmt nicht, 2 = stimmt kaum, 3 = stimmt eher, 4 = stimmt genau). Durch Aufsummieren aller zehn Antworten entsteht der individuelle Testwert, ein Score zwischen 10 und 40. Bei den meisten Stichproben zeigte sich ein Mittelwert von circa 29 Punkten und eine Standardabweichung von ungefähr 4 Punkten (Schwarzer und Jerusalem 1999, Schwarzer et al. 1999, Hinz et al. 2006). Zahlreiche, anhand bevölkerungs-repräsentativer Stichproben erhobene Normwerte liegen vor (Schumacher et al. 2006).

Ursprünglich war dieses Instrument als situationsspezifisches Konstrukt angedacht. Jedoch wird davon ausgegangen, dass Menschen erlebte Erfolge und Misserfolge sich selbst zuschreiben und somit generalisieren können. Mit der Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung soll also eine generelle konstruktive Lebensbewältigung vorhergesagt werden können (Jerusalem 1990, Schwarzer 1994).

Die SWE-Skala existiert in 29 Sprachen und ist somit vielfach angewandt worden. Die zahlreich berichteten Daten zeigen durchweg eine gute interne Konsistenz mit einem Cronbach Alpha zwischen .77 und .91 (Hinz et. al 2006).

Hinz et al. (2006) konnten in ihrer bevölkerungsrepräsentativen Überprüfung der Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung die einfaktorielle Struktur bestätigen. Die interne Konsistenz in dieser Studie konnte mit einem Cronbach Alpha von .92 als sehr gut bezeichnet werden und bezüglich der Validität zeigten sich ebenfalls zufriedenstellende Ergebnisse.

3.3.5. SOC-L9: Skala zur Erfassung des Kohärenzgefühls (Schumacher et al. 2000)

Antonovsky entwickelte die ursprünglich 29 Items umfassende SOC-Skala zur Erfassung des Kohärenzgefühls eines Menschen. Die Iteminhalte basieren auf Interviews mit 51 Personen, die schweren Belastungen und traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren, ihr Leben nach der Einschätzung von Bezugspersonen dennoch bemerkenswert gut gemeistert hätten. Jedes Item kann einer der drei Subskalen 'Sinnhaftigkeit', 'Verstehbarkeit' und 'Handhabbarkeit' zugeordnet werden (Antonovsky 1983, 1987). In viele Sprachen übersetzt und in zahlreichen empirischen Studien auf seine Güte getestet, zeigt die SOC-29-Gesamtskala mit einem

Cronbach Alpha zwischen .84 und .95 durchweg gute bis sehr gute interne Konsistenzen, sowie eine gute Retestreliabilität mit $r = .90$ nach einer Woche und $r = .80$ nach sechs Monaten (Schuhmacher et al. 2000a). Jedoch konnte in zahlreichen Studien (Frenz et al. 1993, Broda et al. 1996, Sack et al. 1997, Schumacher et al. 2000a) die faktorielle Validität der einzelnen Subskalen nicht reproduziert werden; sie ließen eher das Vorhandensein eines Generalfaktors vermuten. Bereits Antonovsky sprach sich für die alleinige Verwendung des SOC-Gesamtskalenwertes aus, da für ihn die drei Subkomponenten des Kohärenzgefühls zu stark miteinander verflochten sind (Antonovsky 1987). Schumacher et al. (2000a) entwickelten daraufhin die in dieser Studie verwendete Kurzform SOC-L9. Die neun Items der eindimensionalen Skala laden alle auf einen einzigen Faktor, der das Kohärenzgefühl in seiner Breite repräsentieren soll. Dabei erfolgte die Auswahl der Items anhand der Trennschärfekoeffizienten bezogen auf die Gesamtskala; die Items mit hoher Korrelation zur Gesamtskala wurden ausgewählt. In der Itemauswahl finden sich alle drei ursprünglichen Subskalen repräsentiert. Die Auswertung der Skala erfolgt über Summation der Itemrohwerte, wobei jedoch der Wert einzelner Items zuvor umgepolt werden muss (Schumacher et al. 2000a); es entsteht eine Gesamtskala zwischen 9 und 63. Die interne Konsistenz der Kurzsкала kann mit einem Cronbach Alpha von .87 als gut gewertet werden. Die hohe Korrelation mit der SOC-29-Gesamtskala von $r = .94$ qualifiziert die SOC-L9 als valide und reliable Kurzform der Originalskala mit einer zuverlässigen Messung des Kohärenzgefühls (Schumacher 2000a). Beruhend auf einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe liegen zahlreiche Prozentrangnormen vor (Schumacher et al. 2000b).

3.4. Statistische Auswertung

Für die Auswertung der erhobenen Daten wurde das Statistikprogramm SPSS Version 20.0 für Windows verwendet. Zur Deskription der Daten wurden Mittelwerte und deren Standardabweichungen ermittelt. Zunächst wurden einige Drop-out Analysen durchgeführt, um eine mögliche Gefährdung der Aussagekraft durch die Stichprobenmortalität zu prüfen. Hierzu wurden t-Tests für unabhängige Stichproben bei intervallskalierten Daten, Mann-Whitney-U-Tests bei intervallskalierten Daten bei Verletzung der Normalverteilungsannahme und ordinalskalierten Daten, sowie χ^2 -Tests bei nominalskalierten Daten durchgeführt.

Um im Weiteren die Unterschiede in der Ressourcenausprägung der Patienten unter verschiedenen Aspekten auf ihre Signifikanz zu prüfen, wurden wiederum t-Tests für unabhängige Stichproben bei intervallskalierten Daten, Mann-Whitney-U-Tests bei intervall-

skalierten Daten bei Verletzung der Normalverteilungsannahme, sowie der Kruskal-Wallis-Test bei mehr als zwei Stichproben mit intervallskalierten Daten und Verletzung der Normalverteilungsannahme verwendet.

Um Zusammenhänge zwischen Ressourcenausprägung und der Symptombelastung zu Therapiebeginn und -ende zu untersuchen, wurden Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson durchgeführt.

Zur Prüfung der prädiktiven Vorhersagekraft der drei Ressourcen sowie möglicher Einflussfaktoren wurden lineare Regressionen durchgeführt.

Allen statistischen Berechnungen wurde – wenn nicht anders angegeben – das übliche Signifikanzniveau von 5% zugrunde gelegt.

4. Ergebnisse

Im Ergebnisteil dieser Arbeit soll zuerst die Patientenstichprobe beschrieben werden. Im Anschluss daran werden einige vergleichende Analysen zwischen Patientenstichprobe und den Drop-outs durchgeführt, um eine mögliche Verzerrung der Ergebnisse durch das frühere Ausscheiden von Patienten aus der Studie aufzudecken. Des Weiteren werden die Veränderungen der Symptombelastung und der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme im Therapieverlauf dargestellt. Die darauffolgende Hypothesenprüfung erfolgt in der Reihenfolge, in der die Fragestellungen im Theorieteil formuliert worden sind.

Für die bessere Lesbarkeit werden die beiden Messinstrumente zur Erhebung der Symptombelastung (SCL-90-R: Symptomcheckliste 90 – revidierte Fassung) und der Erfassung interpersoneller Probleme (IIP-32: Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme - Deutsche Version) mit SCL-90 und IIP-32 abgekürzt. In der Ergebnisdarstellung wird jeweils auf den Global Severity Index (GSI) der SCL-90 beziehungsweise den Gesamtscore des IIP-32 Bezug genommen.

4.1. Quantitative Stichprobenbeschreibung und Drop-out Analysen

Innerhalb des achtmonatigen Erhebungszeitraumes wurde mit insgesamt 132 Patienten über die mögliche Teilnahme an der Studie gesprochen, von denen sich 81 Personen dazu bereit erklärten. 11 Patienten nahmen weniger als sechs Wochen an der stationären Psychotherapie teil, sodass diese als Drop-outs gewertet wurden und einer separaten Analyse unterzogen wurden. Vollständige Datensätze liegen somit von 70 Patienten vor, die in dieser Arbeit die untersuchte Patientenstichprobe bilden.

Stichprobenbeschreibung

Die aus 70 Patienten bestehende Stichprobe setzte sich zu 11.4% (n = 8) aus Jenaer Patienten und zu 88.6% (n = 62) aus Stadtrodaer Patienten zusammen. Der Median der Altersverteilung betrug 41 Jahre (M = 39.46, SD = 12.33), mit einer Altersrange von 22 bis 75 Jahren.

Von den Patienten waren 52 (74.3%) weiblich und 18 (25.7%) männlich. Die Hälfte der Patienten lebte in einer Partnerschaft (n = 15, 21.4%) oder waren verheiratet (n = 20, 28.6%), die andere Hälfte war ledig (n = 25, 35.7%), geschieden (n = 9, 12.9%) oder verwitwet (n = 1, 1.4%).

Der überwiegende Teil des Patientenkollektivs absolvierte die Haupt- oder die Realschule (n =

43, 61.5%), 7 Patienten (10.0%) hatten Fachabitur, 20 Patienten (28.6%) hatten Abitur. Zur Frage des Berufsabschlusses gaben 9 Patienten (12.9%) an, keinen Abschluss zu haben, 33 Patienten (47.1%) waren Facharbeiter, 11 Patienten (15.7%) hatten einen Fachschulabschluss und 17 Patienten (24.3%) einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss. Zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme waren 21 Patienten (30.0%) nicht erwerbstätig oder arbeitslos, 9 Patienten (12.9%) bezogen Rente, 10 Patienten (14.3%) arbeiteten Teilzeit und 30 Patienten (42.9%) Vollzeit (Tab. 1).

Tabelle 1: Schulbildung, Berufsabschluss und in der Untersuchungss Stichprobe (n = 70) Erwerbstätigkeit

Variablen	n	%
Schulabschluss		
Hauptschule / 8. Klasse	2	2.9
Realschule / 10. Klasse	41	58.6
Fachabitur	7	10.0
Abitur	20	28.6
Berufsabschluss		
Kein Abschluss	9	12.9
Facharbeiter	33	47.1
Fachschulabschluss	11	15.7
Fachhochschulabschluss	6	8.6
Hochschulabschluss	11	15.7
Beschäftigungsverhältnis		
nicht erwerbstätig	9	12.9
Rente/Pension	9	12.9
arbeitslos	1	17.1
Teilzeit	10	14.3
Vollzeit	30	42.9

Das Spektrum der Hauptdiagnosen stellt sich – wie in Abbildung 1 ersichtlich – folgendermaßen dar: Die am häufigsten gestellten Diagnosen waren Depression (n = 27, 38.6%), Somatoforme Störung (n = 21, 30.0%) und Angststörung (n = 16, 22.9%). Ebenfalls diagnostiziert wurden Essstörungen (n = 4, 5.7%) und Persönlichkeitsstörungen (n = 2, 2.9%). 58 Patienten (82.9%) wiesen Komorbiditäten auf, definiert als mindestens drei weitere psychische Diagnosen.

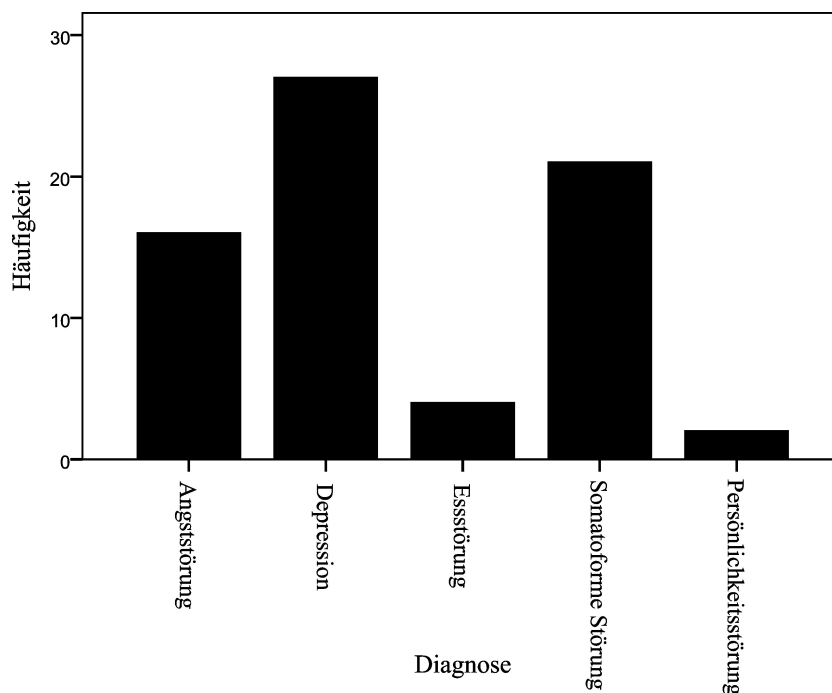


Abbildung 1: Verteilung der Diagnosegruppen

Drop-out Analysen

Um eine mögliche Verzerrung der Untersuchungsergebnisse durch die Stichprobenmortalität auszuschließen, wurden einige Drop-out Analysen durchgeführt. Hierzu wurden die 11 Patienten, die weniger als 6 Wochen an der stationären Psychotherapie teilgenommen haben, bezüglich soziodemographischer Merkmale, der Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl, sowie bezüglich der Belastung mit interpersonellen Problemen und physischen und psychischen Symptomen zu Behandlungsbeginn mit der Untersuchungsstichprobe verglichen.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Zwischen der Untersuchungsstichprobe und den Patienten, die vorzeitig aus der Behandlung ausgeschieden sind, finden sich bezüglich der untersuchten Aspekte keine signifikanten Unterschiede. Lediglich die Variable Partnerschaft zeigt ein knapp signifikantes Ergebnis dahingehend, dass sich die Patienten der Drop-out-Gruppe häufiger in einer festen Partnerschaft befinden. Aufgrund der insgesamt geringen Unterschiede zwischen der Untersuchungsstichprobe und den Drop-outs sind systematische Verzerrungen in Folge der Stichprobenmortalität nicht zu erwarten.

Tabelle 2: Vergleich Untersuchungsstichprobe und Drop-outs

Variablen	Untersuchungs- stichprobe n = 70 M (SD) n (%)	Drop-outs n = 11 M (SD) n (%)	Prüfgröße (df)	p
Soziodemographische Merkmale				
Alter (in Jahren)	39.46 (12.33)	41.18 (13.58)	$t(79) = -.43$	.672
Geschlecht (n, % weiblich)	52 (74.3%)	8 (72.2%)	$\chi^2(1) = .01$	.913
Partnerschaft (n, % Ja)	35 (50.0%)	8 (81.8%)	$\chi^2(1) = 3.88$	.049
Schulbildung (Mittlerer Rang)	41.87	35.45	$z = -.96$	.338
Erwerbstätigkeit (n, % Ja)	40 (57.1%)	4 (36.4%)	$\chi^2(1) = 1.65$	.198
Diagnosen				
Angststörung (n, %)	16 (22.9%)	4 (36.4%)	$\chi^2(1) = .93$	.334
Depression (n, %)	27 (38.6%)	1 (9.1%)	-	-
Essstörung (n, %)	4 (5.7%)	0 (0.0%)	-	-
Somatoforme Störung (n, %)	21 (30.0%)	5 (45.5%)	$\chi^2(1) = 1.04$	.307
Persönlichkeitsstörung (n, %)	2 (2.9%)	5 (45.5%)	-	-
Komorbiditäten (n, % Ja)	58 (82.9%)	11 (100%)	$\chi^2(1) = 2.21$	.139
Ressourcenausprägung Therapiebeginn				
Resilienz, RS-11	43.84 (11.01)	45.09 (9.60)	$t(79) = -.36$	.724
Selbstwirksamkeit, SWE-Skala	21.53 (5.77)	21.45 (4.50)	$t(79) = .04$	.968
Kohärenzgefühl, SOC-L9	31.16 (9.95)	32.64 (9.44)	$t(79) = -.46$	.646
Symptomausprägung Therapiebeginn				
SCL-90	67.54 (8.08)	66.55 (8.83)	$t(79) = .38$	.708
IIP-32	1.85 (0.41)	2.04 (0.43)	$t(79) = -1.46$	.147

Anmerkungen: T-Test für unabhängige Stichproben für intervallskalierte Daten, Mann-Whitney-U-Test für intervallskalierte Daten bei Verletzung der Normalverteilungsannahme und für ordinalskalierte Daten, χ^2 -Test für nominalskalierte Daten.

4.2. Veränderung von Symptombelastung und Interpersonellen Problemen im Therapieverlauf

In Tabelle 3 sind die Mittelwerte von SCL-90 und IIP-32 jeweils zu Therapiebeginn und Therapieende für die gesamte Patientenstichprobe dargestellt. Es wurde mittels t-Test die Signifikanz der festgestellten Unterschiede ermittelt, sowie die Effektstärke ($MW_{\text{prä}} - MW_{\text{post}} / SD_{\text{prä}}$) berechnet. Sowohl beim GSI der SCL-90 als auch bei der Gesamtskala des IIP-32 zeigen sich statistisch signifikante Veränderungen zwischen Therapiebeginn und -ende im Sinne einer Verbesserung. Für die Veränderung der SCL-90 zeigt sich eine Effektstärke von 1.04, für das IIP-32 eine Effektstärke von 0.85.

Tabelle 3: Mittelwerte von SCL-90 und IIP-32, Effektstärken

Gesamtgruppe n = 70	Behandlungsbeginn MW (SD)	Behandlungsende MW (SD)	t (df)	p	Effektstärke
SCL-90	67.54 (8,08)	59.16 (8.39)	t(69) = 9.88	<.001	1.04
IIP-32	1.85 (0.41)	1.50 (0.43)	t(69) = 7.62	<.001	0.85

4.3. Hypothesenprüfung

4.3.1. Betrachtung der Ressourcenausprägung zu Therapiebeginn

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der Analysen bezüglich der Ressourcen zu Therapiebeginn zusammengetragen werden. Die Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl wurde im ersten Schritt zwischen Patientenstichprobe und den Normwerten von repräsentativen Bevölkerungsstichproben verglichen. In weiteren Analysen wurde untersucht, inwieweit sich Unterschiede in der Ressourcenausprägung zeigen, betrachtet man Geschlechts- und Altersunterschiede, verschiedene Diagnosegruppen, sowie Unterschiede im sozialen Status und im Familienstatus.

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, zeigt die Patientenstichprobe in den drei persönlichen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl, gemessen an den Mittelwerten der jeweiligen Kurzskalen, eine signifikant geringere Ausprägung als die bevölkerungsrepräsentative, gesunde Normpopulation. Die Hypothese 1.1., welche genau dies konstatierte, kann also angenommen werden.

Tabelle 4: Vergleich und Signifikanzprüfung der Skalenmittelwerte der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl mit der bevölkerungsrepräsentativen Norm

	Patientenstichprobe n = 70 MW (SD)	Normbevölkerung 1.943 < n < 2.004 MW (SD)	t (df)	p
RS-11 ¹	43.84 (11.01)	58.03 (10.76)	t(2.072) = 10.84	<.001
SWE-Skala ²	21.53 (5.77)	29.38 (5.36)	t(2.100) = 12.02	<.001
SOC-L9 ³	31.16 (9.95)	47.50 (8.94)	t(2.012) = 14.96	<.001

Anmerkungen: Normwerte entnommen aus: ¹Schumacher et al. 2005, ²Schumacher et al. 2006, ³Schumacher et al. 2000; t-Test für unabhängige Stichproben online errechnet unter www.datenconsult.de/forms/ttestunabh.html.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Analysen, welche die Unterschiede in der Ressourcenausprägung - je nach Geschlecht, Alter, Diagnose, Sozioökonomischem Status und Familienstand - untersucht haben. Hierbei zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten der Kurzskalen zwischen Männern und Frauen. Zwischen den Altersgruppen, die zu Vergleichszwecken in die Gruppen *22-30*, *31-50* und *51-75 Jahre* eingeteilt wurden, zeigt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied. Tendenziell zeichnet sich ab, dass in allen drei Ressourcen die Ausprägung bei den Patienten der mittleren Altersgruppe (31-50 Jahre) am geringsten ist. Bezüglich der Resilienz und der Selbstwirksamkeit kann man deskriptiv festhalten, dass jeweils die älteste Altersgruppe (51-75 Jahre) die höchste Ausprägung zeigt. Auch die verschiedenen Diagnosegruppen wurden hinsichtlich ihrer Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl verglichen. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. In der Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bezüglich Geschlecht, Alter und Diagnosegruppe konnten keine signifikanten Unterschiede ausgemacht werden. Hypothese 1.2. wurde bestätigt.

Zum Zwecke der Betrachtung von Sozioökonomischem Status der Patienten und der jeweiligen Ressourcenausprägung wurde die Variable Schulabschluss zu den zwei Gruppen *Haupt- oder Realschule* und *Fachhochschulabitur oder Abitur* und die Variable Berufsabschluss zu den zwei Gruppen *kein Abschluss / Facharbeiter / Fachschulabschluss* und *Fachhochschul- oder Hochschulabschluss* zusammengefasst. Informationen zum Beschäftigungsverhältnis wurden in der dichotomen Variable *Erwerbstätigkeit (Ja/Nein)* festgehalten. Deskriptiv zeigt sich die Tendenz, dass ein höherer Schulabschluss mit einer

höheren Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl verbunden ist. Jedoch zeigt sich lediglich bezüglich des Kohärenzgefühls ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Auch beim Vergleichen der beiden Gruppen unterschiedlicher Berufsausbildung fällt die gleiche Tendenz auf: Ein Fachhochschul- oder Hochschulabschluss ist verbunden mit einer höheren Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl. Hier zeigt sich bezüglich der Resilienz ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen. Abschließend wurde untersucht, ob sich ein Unterschied in der Ressourcenausprägung zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Patienten abzeichnet. Hier zeigt sich in allen drei Ressourcen eine geringfügig höhere Ausprägung bei Patienten, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Jedoch erreicht kein Vergleich ein signifikantes Ergebnis. Die Hypothese 1.3., welche eine höhere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bei Patienten mit höherem sozioökonomischen Status konstatiert, kann also unter Vorbehalt angenommen werden. Rein deskriptiv zeigten in den Bereichen Schulabschluss, Berufsabschluss und Erwerbstätigkeit die sozioökonomisch jeweils höher gestellten Gruppen auch eine höhere Ausprägung der persönlichen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl, jedoch wiesen nur wenige Vergleiche eine statistische Signifikanz auf.

In Hypothese 1.4. wurde angenommen, dass Patienten, die in einer festen Partnerschaft leben, eine höhere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl zeigen. Ein Vergleich zwischen den Patientengruppen mit und ohne eine feste Partnerschaft, zeigte jedoch keinerlei Unterschiede in der Ressourcenausprägung (Tab. 5). Somit muss die Hypothese 1.4. abgelehnt werden.

Tabelle 5: Vergleich und Signifikanzprüfung der Skalenmittelwerte der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bezüglich Geschlecht, Alter, Diagnose, Sozioökonomischem Status (Schulabschluss, Berufsabschluss, Erwerbstätigkeit) und Familienstand

Variablen	Resilienz RS-11 MW (SD)	Selbstwirksamkeit SWE-Skala MW (SD)	Kohärenzgefühl SOC-L9 MW (SD)
Geschlecht			
Männlich, n = 18	40.78 (8.42)	21.00 (4.73)	30.56 (7.91)
Weiblich, n = 52	44.90 (11.66)	21.71 (6.11)	31.37 (10.63)
Prüfgröße (df)	t(68) = -1.38	t(68) = -.45	t(68) = -.29
p	.172	.655	.768

Altersgruppen			
22 – 30 Jahre, n = 22	44.32 (13.33)	21.27 (6.34)	32.73 (10.41)
31 – 50 Jahre, n = 34	42.41 (10.35)	20.71 (5.31)	29.50 (9.65)
51 – 75 Jahre, n = 14	46.57 (8.43)	23.93 (5.64)	32.71 (10.00)
Prüfgröße (df)	$\chi^2(2) = 1.70$	$\chi^2(2) = 3.31$	$\chi^2(2) = 1.66$
p	.427	.191	.436
Diagnosegruppen			
Angststörung, n = 16	41.94 (11.94)	21.06 (6.74)	26.06 (10.14)
Depression, n = 27	47.22 (11.55)	21.85 (6.04)	33.07 (10.88)
Essstörung, n = 4	39.75 (8.30)	20.50 (1.73)	32.25 (7.81)
Somatoforme Störung, n = 21	42.19 (9.64)	21.52 (5.43)	31.95 (8.47)
Persönlichkeitsstörung, n = 2	39.00 (12.73)	23.00 (7.07)	35.50 (4.95)
Prüfgröße	$\chi^2(4) = 3.93$	$\chi^2(4) = .52$	$\chi^2(4) = 6.38$
p	.416	.972	.173
Sozioökonomischer Status			
Schulabschluss			
Haupt- oder Realschule, n = 43	41.93 (10.41)	20.95 (5.43)	29.05 (9.68)
Fachhochschulabitur oder Abitur, n = 27	46.89 (11.45)	22.44 (6.25)	34.52 (9.62)
t (df)	t(68) = -1.87	t(68) = -1.05	t(68) = -2.31
p	.066	.296	.024
Berufsabschluss			
kein/Facharbeiter/Fachschulabschluss n = 53	41.96 (10.20)	20.81 (5.54)	30.45 (9.68)
Fachhochschul-, Hochschulabschluss n = 17	49.71 (11.70)	23.76 (6.04)	33.35 (10.77)
Prüfgröße (df)	t(68) = -2.63	t(68) = -1.87	t(68) = -1.05
p	.011	.066	.299
Erwerbstätigkeit			
Ja, n = 40	44.88 (10.96)	22.40 (6.04)	32.50 (9.86)
Nein, n = 30	42.47 (11.11)	20.37 (5.26)	29.37 (9.96)
Prüfgröße (df)	t(68) = -.90	t(68) = -1.47	t(68) = -1.31
p	.369	.145	.196

Anmerkungen: T-Test für unabhängige Stichproben für intervallskalierte Daten, Mann-Whitney-U-Test für zwei Stichproben mit intervallskalierten Daten bei Verletzung der Normalverteilungsannahme, Kruskal-Wallis-Test für mehr als zwei Stichproben mit intervallskalierten Daten bei Verletzung der Normalverteilungsannahme.

4.3.2. Ressourcenausprägung und Symptombelastung zu Therapiebeginn

Um eine Aussage über den Zusammenhang zwischen der Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl und der Symptombelastung und den Problemen im Bereich interpersoneller Probleme treffen zu können, wurden zunächst Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson zwischen Ressourcenausprägung und dem GSI der SCL-90 und dem Gesamtskalenwert des IIP-32, jeweils zu Therapiebeginn, durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt. Hinsichtlich der Symptombelastung gemessen an der SCL-90 zeigt sich ein mäßiger Zusammenhang ($r = -.259$ bis $r = -.301$, $p < 0.05$) zur Ressourcenausprägung. Dieser ist negativ; eine höhere Ressourcenausprägung korreliert also mit einer geringeren Symptombelastung. Hinsichtlich der Belastung mit interpersonellen Problemen zeigt sich eine höhere Korrelation ($r = -.438$ bis $r = -.640$, $p < 0.01$) zwischen Ressourcenausprägung und Belastungen in diesem Bereich.

In vorliegender Korrelationsmatrix (Tab. 6) sind ebenfalls die hohen positiven Korrelationen der drei untersuchten Ressourcen untereinander ($r = .607$ bis $r = .676$, $p < 0.01$) aufgeführt. Eine hohe Ausprägung in einer der untersuchten Ressourcen korreliert also mit einer hohen Ausprägung in den anderen Ressourcen. Dies gilt es bei den weiteren Analysen zu berücksichtigen.

Tabelle 6: Produkt-Moment-Korrelation zwischen Ressourcenausprägung und Symptombelastung (SCL-90, IIP-32) zu Therapiebeginn

	RS	SWE	SOC	SCL90_prä
RS				
SWE	.650**			
SOC	.607**	.676**		
SCL90_prä	-.261*	-.259*	-.301*	
IIP32_prä	-.438**	-.515**	-.640**	.267*

Anmerkungen: *Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant.

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant.

Um den Zusammenhang zwischen Ressourcenausprägung und Symptombelastung zu Therapiebeginn näher zu beleuchten, wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt. Diese untersuchen die Wirkung eines mehrfach gestuften Faktors – im vorliegenden Fall die Ressourcenausprägung – auf eine abhängige intervallskalierte Variable, welches in diesem Fall die erhobenen Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sind. Um diese

Varianzanalysen durchzuführen, wurde das metrische Merkmal der Skalenmittelwerte der einzelnen Ressourcen-Kurzskalen in ein ordinales Merkmal umgewandelt, welches die jeweilige Ressource in seiner Ausprägung *gering*, *mittel*, *hoch* darstellen soll. Die Definition dieser drei Gruppen unterschiedlicher Ausprägung erfolgte so, dass eine ungefähr gleichgroße Verteilung der Patientenstichprobe in die drei Gruppen entstand. Da es zu einer solchen Einteilung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl anhand der Skalenrohwerte keine einheitliche Übereinkunft gibt, hat dieses Vorgehen eher explorativen Charakter. Die Voraussetzung der Normalverteilung unter den drei Faktorstufen wurde jeweils mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft und kann angenommen werden. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Statistik überprüft und kann nur bezüglich der Prämessungen der Symptom-Checkliste nach Ausprägung der Resilienz nicht angenommen werden. In allen anderen Fällen kann Varianzhomogenität angenommen werden. Die Ergebnisse der Tabellen 7 bis 9 zeigen sowohl die Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-90- und IIP-32-Skalenwerte in den verschiedenen Gruppen, als auch die Ergebnisse der entsprechenden Varianzanalysen.

Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Resilienz

SCL-90 und IIP-32 zu Therapiebeginn	Ausprägung der Resilienz			ANOVA	
	Gering, n = 21 MW (SD)	Mittel, n = 25 MW (SD)	Hoch, n = 24 MW (SD)	F _(2, 67)	p
SCL-90_prä	69.48 (7.72)	68.80 (7.59)	64.54 (10.10)	2.68	.076
IIP-32_prä	2.05 (0.35)	1.90 (0.31)	1.61 (0.44)	8.38	.001

Aus Tabelle 7 wird ersichtlich, dass sich die Patientengruppen unterschiedlicher Resilienzausprägung in erwarteter Richtung unterscheiden: Patienten mit gering ausgeprägter Resilienz haben zu Therapiebeginn die höchste Symptombelastung und die höchste Belastung im Bereich interpersoneller Probleme. Diese sind geringer bei Patienten mittlerer Resilienzausprägung und am niedrigsten in der Patientengruppe mit einer hohen Ausprägung der persönlichen Ressource Resilienz. Bezüglich der Prämessung der SCL-90 erreichen die Unterschiede zwischen den drei Gruppen keine statistische Signifikanz. Hinsichtlich der Werte im IIP-32 zeigen die aufgeführten Unterschiede eine hohe statistische Signifikanz.

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung

SCL-90 und IIP-32 zu Therapiebeginn	Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung			ANOVA	
	Gering, n = 24 MW (SD)	Mittel, n = 20 MW (SD)	Hoch, n = 26 MW (SD)	F _(2, 67)	p
SCL-90_prä	69.38 (5.51)	69.35 (8.32)	64.46 (9.18)	3.20	.047
IIP-32_prä	2.08 (0.33)	1.86 (0.38)	1.62 (0.38)	9.80	.000

Beim Vergleich der drei Gruppen mit unterschiedlich stark ausgeprägter Selbstwirksamkeitserwartung zeigt sich Ähnliches. Bei der Betrachtung der Mittelwerte der SCL-90 fällt auf, dass zwischen den Gruppen geringer und mittlerer Ausprägung nur ein sehr kleiner Unterschied im Sinne einer geringeren Symptombelastung bei höherer Ressourcenausprägung besteht. Der Unterschied zur Gruppe mit hoher Ausprägung von Selbstwirksamkeit ist sehr deutlich. Hinsichtlich beider Erhebungsmaße – SCL-90 und IIP-32 – weisen die Gruppenunterschiede statistische Bedeutsamkeit auf.

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung des Kohärenzgefühls

SCL-90 und IIP-32 zu Therapiebeginn	Ausprägung des Kohärenzgefühls			ANOVA	
	Gering, n = 23 MW (SD)	Mittel, n = 23 MW (SD)	Hoch, n = 24 MW (SD)	F _(2, 67)	p
SCL-90_prä	70.57 (5.67)	68.61 (6.34)	63.63 (10.02)	5.19	.008
IIP-32_prä	2.07 (0.36)	1.96 (0.29)	1.53 (0.36)	16.83	.000

Auch beim Vergleich der Patientengruppen mit unterschiedlicher Ausprägung der persönlichen Ressource Kohärenzgefühl zeigten sich signifikante Unterschiede in den Prämessungen von SCL-90 und IIP-32. Patienten mit der geringsten Ausprägung des Kohärenzgefühls zeigen die höchste Symptombelastung, Patienten mit der höchsten Ausprägung die niedrigste Symptombelastung.

Nach der näheren Betrachtung der zuvor mit Hilfe einer Korrelation festgestellten Zusammenhänge kann abschließend festgehalten werden, dass eine schwache Ausprägung der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl mit einer hohen Symptombelastung und mit einer hohen Belastung im Bereich interpersoneller Probleme einhergeht. Die Hypothesen 2.1. und 2.2. können dementsprechend angenommen werden.

4.3.3. Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl als Prädiktoren für das Therapieergebnis

Die erste Hypothese zu diesem Kapitel konstatierte, dass Patienten mit zu Therapiebeginn gering ausgeprägten Ressourcen am Ende der Therapie eine höhere Belastung mit interpersonellen Problemen sowie eine höhere Symptombelastung haben als Patienten mit zu Therapiebeginn höher ausgeprägten Ressourcen. Um dieser Frage nachzugehen, wurden ebenfalls einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) durchgeführt. In diesem Fall wurde die Wirkung der jeweils dreifach gestuften Ressourcenausprägung auf die erhobenen Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 untersucht. Die Voraussetzung der Normalverteilung unter den drei Faktorstufen wurde mittels Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft und kann angenommen werden. Die Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Statistik überprüft und kann ebenfalls angenommen werden. In den Tabellen 10 bis 12 sind sowohl die Mittelwerte und Standardabweichungen der SCL-90- und IIP-32-Skalenwerte in den verschiedenen Gruppen, als auch die Ergebnisse der entsprechenden Varianzanalysen aufgeführt.

Tabelle 10: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Resilienz

SCL-90 und IIP-32 zu Therapieende	Ausprägung der Resilienz			ANOVA	
	Gering, n = 21 MW (SD)	Mittel, n = 25 MW (SD)	Hoch, n = 24 MW (SD)	F _(2, 67)	p
SCL-90_post	61.43 (7.22)	60.28 (8.19)	56.00 (8.90)	2.84	.066
IIP-32_post	1.63 (0.40)	1.63 (0.37)	1.26 (0.41)	6.69	.002

Tabelle 10 zeigt, dass sich die Gruppen der unterschiedlich starken Resilienzausprägung in ihren Mittelwerten der SCL-90 zum Therapieende in vermuteter Richtung unterscheiden: Die Patienten mit der geringsten Ausprägung der persönlichen Ressource Resilienz zeigen zum Therapieende die höchste Symptombelastung. Diese ist bereits geringer in der Gruppe der mittleren Ausprägung und deutlich geringer in der Patientengruppe mit hoher Resilienzausprägung. Bei der Varianzanalyse verfehlen diese Unterschiede jedoch die Grenze zur Signifikanz. Hinsichtlich der Postmessung des IIP-32 kann festgehalten werden, dass sich die Gruppen geringer und mittlerer Ausprägung nicht in den Mittelwerten unterscheiden, jedoch ein deutlicher Unterschied zu der Gruppe mit hoher Resilienzausprägung besteht. Dieser Unterschied erreicht bei der Varianzanalyse statistische Bedeutsamkeit.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung

SCL-90 und IIP-32 zu Therapieende	Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung			ANOVA	
	Gering, n = 24 MW (SD)	Mittel, n = 20 MW (SD)	Hoch, n = 26 MW (SD)	F _(2, 67)	p
SCL-90_post	61.71 (6.86)	60.30 (9.22)	55.92 (8.25)	3.46	.037
IIP-32_post	1.69 (0.41)	1.54 (0.44)	1.30 (0.36)	5.89	.004

Tabelle 11 zeigt ähnliche Ergebnisse für die persönliche Ressource der Selbstwirksamkeit. Die Patientengruppe mit niedriger Ressourcenausprägung zu Therapiebeginn zeigt sowohl die höchste Symptombelastung, als auch die höchste Belastung im Bereich interpersoneller Probleme zu Therapieende. Die Gruppe der Patienten mit der höchsten Ressourcenausprägung zeigt die niedrigsten Messwerte in den entsprechenden Postmessungen. Die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich SCL-90 und IIP-32 erreichen beide statistische Signifikanz.

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 sowie ANOVA nach Ausprägung des Kohärenzgefühls

SCL-90 und IIP-32 zu Therapieende	Ausprägung des Kohärenzgefühls			ANOVA	
	Gering, n = 23 MW (SD)	Mittel, n = 23 MW (SD)	Hoch, n = 24 MW (SD)	F _(2, 67)	p
SCL-90_post	62.91 (8.01)	59.35 (7.54)	55.38 (8.39)	5.35	.007
IIP-32_post	1.63 (0.35)	1.63 (0.39)	1.27 (0.44)	6.55	.003

Der Einfluss unterschiedlicher Ausprägung des Kohärenzgefühls auf die Symptombelastung und Probleme im interpersonellen Bereich zu Therapieende wurde auf gleiche Weise untersucht (Tab. 12). Auch hier zeigt die Gruppe der niedrigsten Ressourcenausprägung die höchste Symptombelastung am Therapieende. Diese ist geringer in der Gruppe mittlerer Ressourcenausprägung und wiederum geringer in der Gruppe der höchsten Ressourcenausprägung. Die Unterschiede sind statistisch signifikant. Hinsichtlich der Belastung mit interpersonellen Problemen zeigt sich kein Unterschied zwischen den Gruppen der geringen und mittleren Ausprägung des Kohärenzgefühls, jedoch ein deutlicher Unterschied zu der Gruppe mit einer hohen Ausprägung dieser persönlichen Ressource. In der Varianzanalyse konnte statistische Bedeutsamkeit nachgewiesen werden.

In Zusammenschau der dargestellten Ergebnisse kann die Hypothese 3.1. angenommen werden: Patienten mit zu Therapiebeginn geringer Ausprägung der persönlichen Ressourcen

Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl zeigen zu Therapieende eine höhere Belastung mit physischen und psychischen Symptomen, als auch eine höhere Belastung im Bereich interpersoneller Probleme als Patienten mit zu Therapiebeginn höher ausgeprägten Ressourcen.

Für die Untersuchung des prädiktiven Wertes der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl für das Therapieergebnis wurden verschiedene Regressionsmodelle entwickelt. Als Therapieergebnis wurde jeweils die Testwertdifferenz der Prä/Post-Messungen von SCL-90 und IIP-32 definiert. Da eine starke Korrelation der Prädiktoren untereinander besteht (vgl. Tab. 6), wurden diese vorerst jeweils einzeln per Einschluss-Verfahren in die Regressionsmodelle aufgenommen. Theoretisch wird gefordert, dass alle möglichen relevanten Variablen, die mit dem Kriterium zusammenhängen, in eine Regressionsanalyse aufgenommen werden. Bei einer bestehenden Interkorrelation der Prädiktoren bringt dies jedoch den Nachteil mit sich, dass jeder Prädiktor den anderen Prädiktoren einen Teil der Varianz „wegnimmt“, die diese mit dem Kriterium gemeinsam haben. Somit wäre es schwierig, einen signifikanten Einfluss der einzelnen Prädiktoren auszumachen (Ziegler und Bühner 2009). Weil davon auszugehen ist, dass ein großer Teil des Therapieergebnisses von der Symptomausprägung zu Therapiebeginn abhängig ist, und sich dies auch in einer entsprechenden Produkt-Moment-Korrelation bestätigen ließ (Tab. 13), wurden stets hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt. Hierbei wurden im ersten Schritt die Ausgangswerte von Symptombelastung beziehungsweise Problemen im interpersonellen Bereich eingegeben und im zweiten Schritt die zu untersuchenden Prädiktoren.

Tabelle 13: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Prämessungen und Testwertdifferenzen von SCL-90 und IIP-32

	SCL-90_prä	SCL-90_Diff	IIP-32_prä
SCL-90_prä			
SCL-90_Diff	.396**		
IIP-32_prä	.267*	-.055	
IIP-32_Diff	.035	.180	.413**

Anmerkungen: *Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant.

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant.

Tabelle 14 zeigt das Ergebnis der hierarchischen Regression zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch die Resilienz. Im Modell 1 ist vorerst nur die Symptomausprägung zu Therapiebeginn aufgeführt. Das Bestimmtheitsmaß R^2 ergibt sich aus dem Quotienten der erklärten Varianz durch die Gesamtvarianz und gibt demzufolge an, welcher Anteil der Kriteriumsvariablen (Regressand) durch die Prädiktorvariable erklärt wird. Im vorliegenden Fall klärt die Symptomausprägung zu Therapiebeginn bereits 15.7% der Varianz der Testwertdifferenzen zu Therapieende auf. Im Modell 2 ist nun die Resilienz als Prädiktor eingeschlossen worden. Diese führt zu lediglich 2.5% zusätzlicher Varianzaufklärung. Mit Hilfe des F-Wertes wird geprüft, ob es sich bei der Änderung des Bestimmtheitsmaßes R^2 um eine statistisch signifikante Veränderung handelt. Die durch die Aufnahme der Resilienz in das Regressionsmodell bedingte Änderung des F-Wertes ist statistisch nicht bedeutsam. Das Gesamtmodell erreicht statistische Signifikanz ($F_{(2, 67)} = 7.44, p = .001$).

Tabelle 14: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch die Resilienz

Modell						
Regressand: SCL-90_Differenz				Veränderungsstatistik		
	R	R ²	adj. R ²	ΔR^2	F	p
Modell 1	.396	.157	.144	.157	12.64	.001
Modell 2	.426	.182	.157	.025	2.06	.156

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff. β		
	Regress.koeff. B	Standardfehler		t	p
1. Schritt SCL-90_prä	.348	.098	.396	3.56	.001
2. Schritt SCL-90_prä	.385	.101	.439	3.83	.000
RS	.106	.074	.164	1.43	.156

In Tabelle 15 ist das Ergebnis für die Prädiktion der Reduktion von Problemen im interpersonellen Bereich durch die Resilienz dargestellt. In diesem Fall wurde im Modell 1 vorerst der Testwert des IIP-32 zu Therapiebeginn eingegeben und im Anschluss daran die Resilienz als zu untersuchender Prädiktor. Hier zeigt sich, dass der Prätestwert des IIP-32

bereits 17.0% der Varianz der Testwertdifferenz im IIP-32 zu Therapieende voraussagt, der Einschluss der Resilienz jedoch nur eine zusätzliche Varianzaufklärung von 0.4% liefert und somit vernachlässigbar gering ist. Das Gesamtmodell erreicht statistische Signifikanz ($F_{(2, 67)} = 7.09, p = .002$).

Tabelle 15: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch die Resilienz

Modell						
Regressand: IIP-32_Differenz				Veränderungsstatistik		
	R	R ²	adj. R ²	ΔR^2	F	p
Modell 1	.413	.170	.158	.170	13.97	.000
Modell 2	.418	.175	.150	.004	0.35	.557

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff. β	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler			
1. Schritt IIP-32_prä	.383	.102	.413	3.74	.000
2. Schritt IIP-32_prä	.412	.114	.445	3.60	.001
RS	.003	.004	.073	0.59	.557

In Tabelle 16 wird die persönliche Ressource der Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich ihres Vorhersagewertes auf die Symptomreduktion zu Therapieende beleuchtet. Nach Einschluss des Prätestwertes der SCL-90 wird 15.7% der Varianz der Testwertdifferenz zu Therapieende aufgeklärt. Der darauffolgende Einschluss des Prädiktors Selbstwirksamkeit bringt eine weitere Varianzaufklärung von 3.4% und erweist sich somit als statistisch nicht signifikant. Das Gesamtmodell erreicht statistische Bedeutsamkeit ($F_{(2, 67)} = 7.89, p = .001$).

Tabelle 16: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch die Selbstwirksamkeitserwartung

Modell						
Regressand: SCL-90_Differenz	R	R ²	adj. R ²	Veränderungsstatistik		
				ΔR^2	F	p
Modell 1	.396	.157	.144	.157	12.64	.001
Modell 2	.437	.191	.167	.034	2.81	.098

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff. β	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler			
1. Schritt SCL-90_prä	.348	.098	.396	3.56	.001
2. Schritt SCL-90_prä	.391	.100	.445	3.91	.000
SWE	.235	.140	.191	1.68	.098

Hinsichtlich des prädiktiven Wertes der Selbstwirksamkeitserwartung zur Reduktion von interpersonellen Problemen sind die Ergebnisse in Tabelle 17 aufgeführt. Der Prätestwert des IIP-32 klärt 17.0% der Varianz der Testwertdifferenzen zum Therapieende auf. Die zusätzliche Varianzaufklärung durch Einschluss des Prädiktors Selbstwirksamkeit beträgt nur 1.3% und ist somit statistisch nicht bedeutsam. Das Gesamtmodell erreicht statistische Signifikanz ($F_{(2,67)} = 7.51$, $p = .001$).

Tabelle 17: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch die Selbstwirksamkeitserwartung

Modell						
Regressand: IIP-32_Differenz	R	R ²	adj. R ²	Veränderungsstatistik		
				ΔR^2	F	p
Modell 1	.413	.170	.158	.170	13.97	.000
Modell 2	.428	.183	.159	.013	1.05	.309

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff. β	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler			
1. Schritt IIP-32_prä	.383	.102	.413	3.74	.000
2. Schritt IIP-32_prä	.446	.119	.481	3.73	.000
SWE	.009	.008	.132	1.03	.309

Als dritte in dieser Arbeit untersuchten Ressourcen wurde das Kohärenzgefühl auf die gleiche Weise im hierarchischen Regressionsmodell untersucht. Tabelle 18 zeigt die Ergebnisse der Analyse des prädiktiven Wertes auf die Reduktion der Symptomintensität. Unter Einschluss der Symptomintensität zu Therapiebeginn wird bereits 15.7% der Varianz der Testwertdifferenz zu Therapieende erklärt. Der Einschluss des Prädiktors Kohärenzgefühl liefert eine zusätzliche Varianzaufklärung von 2.0% und erreicht somit keine statistische Signifikanz. Das Gesamtmodell erreicht statistische Bedeutsamkeit ($F_{(2, 67)} = 7.21$, $p = .001$).

Tabelle 18: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch das Kohärenzgefühl

Modell						
Regressand: SCL-90_Differenz	R	R ²	adj. R ²	Veränderungsstatistik		
				ΔR^2	F	p
Modell 1	.396	.157	.144	.157	12.64	.001
Modell 2	.421	.177	.153	.020	1.67	.201

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff. β	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler			
1. Schritt SCL-90_prä	.348	.098	.396	3.56	.001
2. Schritt SCL-90_prä	.387	.102	.441	3.80	.000
SOC	.107	.083	.150	1.29	.201

Im letzten Schritt dieses Komplexes wurde auch das Kohärenzgefühl im Sinne eines Prädiktors für die Reduktion der Belastungen im Bereich interpersoneller Probleme untersucht. Die Ergebnisse in Tabelle 19 zeigen, dass der Prätestwert des IIP-32 17.0% der Varianz der Testwertdifferenzen desselben zu Therapieende aufklären. Die zusätzliche Varianzaufklärung des Kohärenzgefühls von 0.1% ist vernachlässigbar gering. Das Gesamtmodell erreicht statistische Bedeutsamkeit ($F_{(2, 67)} = 6.91$, $p = .002$).

Tabelle 19: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch das Kohärenzgefühl

Modell						
Regressand: IIP-32_Differenz				Veränderungsstatistik		
	R	R ²	adj. R ²	ΔR^2	F	p
Modell 1	.413	.170	.158	.170	13.97	.000
Modell 2	.414	.171	.146	.001	0.06	.816

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standartisierte Koeffizienten		Standartisierte Koeff. β	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler			
1. Schritt IIP-32_prä	.383	.102	.413	3.74	.000
2. Schritt IIP-32_prä	.363	.134	.391	2.70	.009
SOC	-.001	.006	-.034	-.234	.816

Im folgenden sollen einige Prämissen der errechneten linearen Regressionsmodelle geprüft werden. Um die statistische Unabhängigkeit der Modellfehler zu prüfen, wurde bei allen Regressionen die Durbin-Watson-Statistik durchgeführt. Der dabei ausgegebene Durbin-Watson-Koeffizient erlaubt eine Aussage über die Autokorrelation von jeweils benachbarten Modellfehlern. Die Werte der durchgeführten Regressionsmodelle lassen alle den Schluss zu, dass keine störende Autokorrelation vorliegt. Eine weitere Voraussetzung für die Anwendung linearer Regressionsmodelle ist das Vorliegen von Homoskedastizität, also der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler vom Prädiktor. Zur Überprüfung dieser Voraussetzung werden die Residuen betrachtet, welche als Differenz zwischen beobachteten und vorhergesagten Werten definiert sind. Hierzu werden Streudiagramme mit den z-standardisierten vorhergesagten Kriteriumsvariablen auf der x-Achse und den z-

standardisierten Residuen der vorhergesagten Werte auf der y-Achse erstellt. Dabei sollte die Verteilung der Punktwolke keine systematischen Varianzveränderungen zeigen, sondern in etwa ein horizontal verlaufendes Band um den Mittelwert 0 der Residuen bilden. In den vorliegenden Analysen zeigen die drei Regressionsmodelle, welche die Prädiktion der Symptomreduktion anhand der SCL-90 untersucht haben, eine Punktwolke in der Form eines nach rechts größer werdenden Trichters (vgl. Anhang 7.1, Abb. 2-4). Dies spricht für eine Zunahme der Streuung bei steigenden Werten der vorhergesagten Kriteriumsvariablen und somit gegen die Annahme von Homoskedastizität (vgl. Rudolph und Müller 2012).

In Zusammenschau der beschriebenen Analysen muss aufgrund der stets nicht signifikanten Ergebnisse der Regressionsmodelle davon ausgegangen werden, dass die Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl keine Vorhersage auf das Therapieergebnis – gemessen an Testwertdifferenzen zu Therapiebeginn und -ende – haben. Hypothese 3.2. wird abgelehnt.

Trotz der nicht signifikanten Ergebnisse bei der Betrachtung der drei Ressourcen in jeweils einzelnen Regressionsmodellen sollen diese im nächsten Schritt per Einschlussverfahren in ein gemeinsames Regressionsmodell aufgenommen werden. Dies soll dazu dienen, ihre einzelnen Beiträge zu einem gemeinsamen Vorhersagewert auf den Therapieerfolg zu untersuchen. Neben den Gesamtscores der Kurzskalen von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl gingen als weitere unabhängige Variable wiederum die Testwerte von SCL-90 und IIP-32 zu Therapiebeginn in das Regressionsmodell mit ein. Als abhängige Variablen dienten wieder die Testwertdifferenzen von SCL-90 und IIP-32. Die Ergebnisse der beiden Regressionsanalysen sind in Tabelle 20 und 21 dargestellt.

Tabelle 20: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Symptomintensität durch Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl

Modell						
Regressand: SCL-90_Differenz				Veränderungsstatistik		
	R	R ²	adj. R ²	ΔR^2	F	p
Modell 1	.396	.157	.144	.157	12.64	.001
Modell 2	.440	.194	.144	.037	1.00	.398

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff.	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler	β		
1. Schritt SCL-90_prä	.348	.098	.396	3.56	.001
2. Schritt SCL-90_prä	.400	.103	.455	3.87	.000
RS	.043	.099	.067	0.44	.664
SOC	.016	.114	.023	0.14	.888
SWE	.165	.204	.134	0.81	.421

Wie bereits in den vorhergehenden Regressionsanalysen (vgl. Tab. 14, 16, 18) festgestellt, zeigt allein der Prätestwert der SCL-90 einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Therapieerfolges. Bei der Betrachtung der standardisierten beta-Koeffizienten von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl zeigt die Selbstwirksamkeit mit $\beta = .134$ den höchsten Wert, erreicht jedoch keine statistische Signifikanz. Die Betrachtung des standardisierten Beta-Koeffizienten ermöglicht eine Einschätzung, wie groß der relative Beitrag eines Prädiktors zur Vorhersage der abhängigen Variable ist.

Tabelle 21: Hierarchische Regressionsanalyse zur Prädiktion der Reduktion der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme durch Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl

Modell						
Regressand: IIP-32_Differenz	R	R ²	adj. R ²	Veränderungsstatistik		
				ΔR^2	F	p
Modell 1	.413	.170	.158	.170	14.00	.000
Modell 2	.441	.194	.145	.024	0.64	.591

Koeffizienten					
Prädiktorvariable	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeff.	t	p
	Regress.koeff. B	Standardfehler	β		
1. Schritt IIP-32_prä	.383	.102	.413	3.74	.000
2. Schritt IIP-32_prä	.390	.136	.420	2.87	.006
RS	.001	.005	.042	0.28	.783
SOC	-.006	.007	-.167	-0.94	.349
SWE	.012	.011	.186	1.11	.269

Auch bezüglich des Therapieerfolges als Reduktion der Belastungen im Bereich interpersoneller Probleme erweist sich nur die Prätestmessung des IIP-32 als signifikant prädiktiv (Tab. 21). Beim Vergleich der standardisierten beta-Koeffizienten der drei Ressourcen zeigt auch in diesem Fall die Selbstwirksamkeit mit $\beta = .186$ den höchsten positiven beta-Koeffizienten.

Keine der drei Ressourcen leistet einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage des Therapieerfolges im Sinne von Testwertdifferenzen der Prä- und Postmessungen. Es ist davon auszugehen, dass sich Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl nicht signifikant in ihrer Vorhersagekraft unterscheiden. Hypothese 3.3., welche ebendies konstatiert, wird angenommen.

Um einen moderierenden Effekt des Einflusses der Ressourcenausprägung auf das Therapieergebnis durch soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstatus zu überprüfen, wurden ebenfalls Regressionsanalysen durchgeführt. Hierzu wurden alle zu untersuchenden metrischen Prädiktor- und Moderatorvariablen zentriert. Dies erweist sich als notwendig, weil im Zuge der Moderatoranalysen Produktterme zwischen Prädiktor- und Moderatorvariable gebildet werden. In die Regression gehen dann Prädiktor, Moderator und der jeweilige Produktterm dieser beiden ein. Da der Produktterm eine Funktion der beiden anderen Variablen ist, korreliert er mit diesen. Das Problem der Multikollinearität führt dazu, dass nur sehr ungenaue Schätzungen der einzelnen Einflüsse gemacht werden können. Eine vorherige Zentrierung von Prädiktor- und Moderatorvariable führt dazu, dass diese nahezu unkorreliert zu dem Produktterm beider zentrierter Variablen sind. Die Zentrierung erfolgt durch Subtraktion des Mittelwertes vom jeweiligen individuellen Wert (Ziegler und Bühner 2009). Die Analysen wurden jeweils mit den abhängigen Variablen Testwertdifferenz der SCL-90 und Testwertdifferenz des IIP-32 durchgeführt. Als Kontrollvariablen wurden jeweils die Prämessungen von SCL-90 und IIP-32 in die Analyse mit einbezogen. Prädiktoren waren jeweils die zentrierten Werte der Kurzskalen von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl. Als Moderatoren dienten das Alter, das Geschlecht, Schul- und Berufsabschluss. Geschlecht, Schul- und Berufsabschluss flossen jeweils als dichotome Variablen in die Analysen ein. Für die Beurteilung des Moderatoreffektes ist der Regressionskoeffizient des Produkttermes zwischen Prädiktor und Moderator bedeutsam. Erreicht dieser statistische Signifikanz, ist von einem moderierenden Effekt auszugehen. Es wurden Analysen mit allen möglichen Kombinationen der

beschriebenen Prädiktor-, Moderator-, und abhängigen Variablen durchgeführt. Aus Übersichtsgründen sollen im Folgenden nur die Ergebnisse dargestellt werden, welche das Vorhandensein einer Moderation suggerieren.

Bezüglich des Alters als moderierende Variable erwiesen sich folgende Modelle als signifikant (Tab. 22, 23):

Tabelle 22: Testwertdifferenz IIP-32 erklärt durch Resilienz, Alter und deren Interaktion

Prädiktor	β	p
Resilienz	.460	.814
Alter	-.080	.470
Interaktion RS*Alter	-.245	.034

Anmerkung: β = standardisierter Regressionskoeffizient, $F_{(4, 65)} = 5.24$, $p = .001$, $R^2 = .244$, $n = 70$. Kontrollvariable: IIP-32_prä_zentriert.

Tabelle 23: Testwertdifferenz IIP-32 erklärt durch Selbstwirksamkeit, Alter und deren Interaktion

Prädiktor	β	p
Selbstwirksamkeit	.195	.131
Alter	-.084	.462
Interaktion SWE*Alter	-.248	.031

Anmerkung: β = standardisierter Regressionskoeffizient, $F_{(4, 65)} = 5.67$, $p = .001$, $R^2 = .259$, $n = 70$. Kontrollvariable: IIP-32_prä_zentriert.

Das Alter zeigt einen moderierenden Effekt auf die Wirkung von Resilienz und Selbstwirksamkeit auf den Therapieerfolg, gemessen an den Testwertdifferenzen des IIP-32. Die deskriptive Beschreibung der beta-Koeffizienten lässt folgenden Schluss zu: Eine höhere Ausprägung von Resilienz und Selbstwirksamkeit führt zu einer höheren Testwertdifferenz, also zu höherem Therapieerfolg. Der negative beta-Koeffizient des Alters per se deutet die Tendenz an, dass höheres Alter mit einem geringeren Therapieerfolg einhergeht. Beide Sachverhalte weisen jedoch keine statistische Signifikanz auf. Bei der Interaktion von Alter und Resilienz beziehungsweise Selbstwirksamkeit zeigt sich ebenfalls ein negativer beta-Koeffizient, welcher auch statistische Bedeutsamkeit erreicht. Das Alter moderiert den Einfluss von Resilienz und Selbstwirksamkeit auf das Therapieergebnis also dahin gehend, dass ein höheres Alter mit einer Verringerung der positiven Wirkung der beiden Ressourcen

auf den Therapieerfolg einhergeht. Bezüglich des Kohärenzgefühls zeigte sich kein signifikanter moderierender Effekt.

Bei der Betrachtung des Therapieerfolges als Testwertdifferenz der SCL-90 zeigte das Alter keinen moderierenden Effekt auf den Einfluss von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf die Symptomreduktion zum Therapieende.

Auch bei der Betrachtung des Geschlechts als möglichen Moderator zeigten sich keine entsprechenden Ergebnisse. In keinem der Modelle erreichte der Regressionskoeffizient des Interaktionsterms zwischen Geschlecht und der jeweiligen Ressource statistische Signifikanz.

Um eine Aussage über den möglicherweise moderierenden Effekt des Bildungsstatus auf den Einfluss der Ressourcenausprägung auf das Therapieergebnis treffen zu können, wurden jeweils der Schulabschluss und der Berufsabschluss in den beschriebenen Regressionsmodellen untersucht. Hierbei erwies sich lediglich der Schulabschluss bezüglich seines moderierenden Effektes auf den Einfluss der Resilienz auf das Therapieergebnis, gemessen an der Testwertdifferenz des IIP-32, als signifikant (Tab. 24). Ein höherer Schulabschluss geht mit einer Erhöhung des positiven Einflusses der Resilienz auf den Therapieerfolg bezüglich der Reduktion interpersoneller Probleme einher.

Tabelle 24: Testwertdifferenz IIP-32 erklärt durch Resilienz, Schulabschluss und deren Interaktion

Prädiktor	β	p
Resilienz	-.119	.450
Schulabschluss	-.016	.885
Interaktion RS*Schulabschluss	.295	.050

Anmerkung: β = standartisierter Regressionskoeffizient, $F_{(4, 65)} = 4.65$, $p = .002$, $R^2 = .222$, $n = 70$. Kontrollvariable: IIP-32 prä_zentriert.

Die Hypothese 3.4. konstatierte, dass soziodemographische Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstatus keinen signifikanten Einfluss auf den Vorhersagewert der drei Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl haben. Diese kann bedingt angenommen werden. Signifikante Ergebnisse moderierender Effekte zeigten sich nur sehr vereinzelt und auch stets nur bezüglich eines der zwei Ergebniskriterien, nämlich der Reduktion interpersoneller Probleme. In der Symptomreduktion, erhoben durch die SCL-90, erwies sich keine der untersuchten Einflussgrößen als Moderatoren.

5. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die personalen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf ihren prädiktiven Wert bezüglich des Therapieergebnisses nach stationärer Psychotherapie hin zu untersuchen. Mit der untersuchten Fragestellung soll der Versuch unternommen werden, einige Aspekte zu dem Thema darzustellen und somit weitere Forschung in diesem Bereich anzuregen. Bisher existieren wenig Informationen darüber, inwieweit diese Eigenschaften des Patienten tatsächlich eine Aussagekraft für den Erfolg einer Psychotherapie haben und somit bedeutsam für eine ressourcenorientierte Psychotherapie sind.

Im folgenden Teil der Arbeit sollen zunächst die dargestellten Ergebnisse unter Einbezug bestehender Forschungsliteratur diskutiert werden. Im Anschluss daran erfolgt die methodische Diskussion der vorliegenden Studie. Abschließend folgen die Schlussfolgerungen der Ergebnisse dieser Arbeit.

5.1. Inhaltliche Diskussion

Veränderung von Symptombelastung und Interpersonellen Problemen im Therapieverlauf

Beim Vergleich der Symptombelastung und der Belastung interpersoneller Probleme zwischen Therapiebeginn und -ende zeigt sich sowohl bei der SCL-90 als auch beim IIP-32 eine signifikante Änderung im Sinne einer Reduktion der Beschwerden. Die Veränderungen bezüglich der SCL-90 zeigen eine Effektstärke von $d = 1.04$, bezüglich des IIP-32 zeigt sich eine Effektstärke von $d = 0.85$. Andere Studien, die ebenfalls mit Hilfe des GSI der SCL-90 eine Prä-Post-Evaluation stationärer psychosomatischer Behandlung vorgenommen haben, konnten Effektstärken zwischen $d = 0.80$ und $d = 0.84$ ausmachen (Franz et al. 2000, Dinger et al. 2008, Zeeck et al. 2009). Im Mittelwert erreicht das Patientenkollektiv am Behandlungsende einen GSI von ungefähr 60, was die Obergrenze des Normbereiches zwischen 40 und 60 darstellt. Dass die Reduktion der Symptombelastung (SCL-90) eine stärker ausgeprägte Veränderung als die Reduktion interpersoneller Probleme (IIP-32) zeigt, bestätigt existierende Vorbefunde (vgl. Liedtge und Geiser 2001, Deubner-Böhme 2007). Jedoch steht die immer noch sehr große Effektstärke der Veränderung im Bereich interpersoneller Probleme im Kontrast zu vorangegangenen großen Studien, die nur sehr geringe Veränderungen in diesem Bereich zeigen konnten (Davies-Osterkamp et al. 1996,

Franz et al. 2000). Die insgesamt deutlich höheren Effektstärken der vorliegenden Studie - im Vergleich zu anderen Studien - könnte mit der vergleichsweise kleinen Patientienstichprobe und deren relativer Homogenität (im Vergleich zu multizentrischen Studien) zusammenhängen. Beides geht mit geringeren Standardabweichungen einher und kann so zu einer Erhöhung der Effektstärke führen (vgl. Probst 2009).

Ressourcenausprägung zu Therapiebeginn

Die Patientienstichprobe zeigt in den drei Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl jeweils eine signifikant geringere Ausprägung als die bevölkerungsrepräsentative Norm. Dieses Ergebnis stimmt mit zahlreichen Forschungsergebnissen der letzten Jahre überein (Nagel 2000, Eriksson und Lindström 2006, Francis et al. 2007, Tagay et al. 2008). Zu seiner Erklärung sind sicherlich immer mehrere Aspekte zu betrachten. Zum einen tragen Ressourcen zu Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen bei (Heim 1994). Hat ein Mensch eine geringe Ausprägung seiner personalen Ressourcen, so zeigt er sich anfälliger für Stressoren und andere Widrigkeiten des Lebens, ist somit auch anfälliger für psychischen Stress. Auf der anderen Seite kommen bei bereits psychisch erkrankten Personen vorhandene Ressourcen aufgrund von vielen Problemen und Beeinträchtigungen nicht zum Tragen. Die eigentlich vorhandenen Potentiale werden unterschätzt (Grawe und Grawe-Gerber 1999).

So werden auch bei der untersuchten Patientienstichprobe, deren Ressourcen zu Therapiebeginn erhoben wurden, verschiedene Zusammenhänge miteinander wechselwirken. Es resultiert eine deutlich geringere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl gegenüber den bevölkerungsrepräsentativen, gesunden Normstichproben.

Die Ergebnisse der Analysen von Unterschieden in der Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl bezüglich soziodemographischer und sozioökonomischer Aspekte leisten einen weiteren Beitrag zu den inkonsistenten Ergebnissen in der bestehenden Literatur.

Bezüglich des *Geschlechts* fanden sich in dieser Studie keine signifikanten Unterschiede in der Ressourcenausprägung. Hinsichtlich der Ressource *Resilienz* konnten auch Wagnild und Young (1993) keinen Effekt des Geschlechts auf die Resilienz ausmachen. Schumacher et al. (2005) hingegen konnten in ihrer Studie einen Geschlechtsunterschied zeigen, nach denen Männer als etwas resilienter einzustufen sind als Frauen. Bezüglich der *Selbstwirksamkeit*

konnten sowohl Schmacher et al. (2006) als auch Hinz et al. (2006) einen Geschlechtsunterschied ausmachen. Dieser zeigte sich in einer höheren Ausprägung der Selbstwirksamkeit bei Männern. Kröninger-Jungaberle und Grevenstein (2013) konnten in ihrer Studie jedoch keinen Geschlechtsunterschied zeigen. Bei der Betrachtung von Geschlechtsunterschieden und dem *Kohärenzgefühl* zeigten einige Studien ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei Männern als bei Frauen (Schumacher et al. 2000, Bengtsson-Tops et al. 2005, Raty et al. 2005), andere ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei Frauen gegenüber Männern (Sack et al. 1997, Poppius et al. 1999, Ghazinour et al. 2004). Wiederum andere Studien (von Bothmer und Fridlund 2003, Neuner et al. 2005) konnten keinen Geschlechtsunterschied feststellen.

Auch bezüglich des *Alters* konnte in vorliegender Arbeit kein signifikanter Einfluss auf die Ausprägung der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl festgestellt werden. Der Vergleich erfolgte zwischen den Altersgruppen 22-30, 31-50 und 51-75 Jahre. Deskriptiv kann festgehalten werden, dass in dieser explorativ gewählten Alterseinteilung die Patienten der mittleren Altersgruppe (31-50 Jahre) in allen drei Ressourcen die geringste Ausprägung zeigen. Die älteste Altersgruppe (51-75 Jahre) zeigt die höchste Ausprägung von Resilienz und Selbstwirksamkeit. Schumacher et al. (2005) konnten altersabhängige Unterschiede in der Resilienzausprägung ausmachen, die Effekte seien jedoch als sehr gering einzustufen. Die Tendenz war bei Schumacher et al. dahingehend auszumachen, dass die Resilienz mit zunehmendem Alter abnimmt. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu dem in dieser Studie ausgemachten Trend, dass die Patienten der höchsten Altersgruppe die höchste Resilienzausprägung zeigen. Nygren et al. (2005) beschrieben Resilienz als stabil bis ins hohe Alter hinein und konnten keine Unterschiede zwischen und jungen und älteren Personen ausmachen. Hinsichtlich des Einflusses von Alter auf die Ausprägung der Selbstwirksamkeitserwartung konnten sowohl Schumacher et al. (2006) als auch Hinz et al. (2006) in ihren Studien feststellen, dass die Selbstwirksamkeit mit zunehmendem Alter kontinuierlich leicht abnimmt. In Bezug auf das Kohärenzgefühl lassen sich unterschiedliche Forschungsergebnisse über den Einfluss des Alters auf dessen Ausprägung finden. Einige Studien (Zirke et al. 2007, Bengel et al. 2009) zeigten eine Zunahme des Kohärenzgefühls mit dem Alter, Schumacher et al. (2000) sprachen sich für eine Abnahme des Kohärenzgefühls mit zunehmendem Alter aus. Nygren et al. (2005) beschrieben auch das Kohärenzgefühl als über die Altersgruppen hinweg stabil.

Auch der Einfluss der verschiedenen *Diagnosegruppen* auf die Ausprägung von Resilienz,

Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl wurde untersucht und es wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. Deskriptiv kann folgender Trend festgehalten werden: Im Falle der Resilienz zeigen die Patienten mit Depression die höchsten Skalenwerte, die niedrigsten Werte zeigen Patienten mit Persönlichkeitsstörung, dicht gefolgt von Patienten mit Essstörung. Bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung zeigen Patienten mit Persönlichkeitsstörung die höchsten, Patienten mit Essstörung die niedrigsten Werte auf. Beim Kohärenzgefühl zeigen die Patienten mit Angststörung die mit Abstand niedrigsten Werte auf, die höchsten Werte zeigen die Patienten mit Persönlichkeitsstörung. Jedoch muss einschränkend gesagt werden, dass bei dieser Analyse zum Teil Subgruppen mit sehr kleiner Stichprobenzahl entstanden, sodass die Ergebnisse unter Vorbehalt zu betrachten sind.

Um eine Aussage über einen möglichen Zusammenhang des *sozioökonomischen Status* auf die Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl treffen zu können, wurde der Einfluss von Schulabschluss (Haupt- oder Realschulabschluss / Fachhochschulabitur oder Abitur), Berufsabschluss (kein Abschluss, Facharbeiter oder Fachschulabschluss / Fachhochschul- oder Hochschulabschluss) und Erwerbstätigkeit (Ja / Nein) überprüft. Bezüglich des Schulabschlusses zeigt sich deskriptiv die Tendenz, dass ein höherer Abschluss mit einer jeweils höheren Ausprägung der drei Ressourcen einhergeht. Ein statistisch signifikantes Ergebnis zeigte sich jedoch nur hinsichtlich des Kohärenzgefühls. Der Einfluss des Berufsabschlusses zeigt einen ähnlichen Trend: Die Patientengruppe mit höheren Abschlüssen zeigen in allen drei Ressourcen die höhere Ausprägung, hierbei erreicht jedoch nur die Resilienz einen statistisch signifikanten Unterschied. Der untersuchte Einfluss der Erwerbstätigkeit erwies sich als nicht signifikant, zeigte allerdings die Tendenz, dass die Patienten mit vorhandener Erwerbstätigkeit in Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl eine höhere Ausprägung zeigen. Die dargestellten Ergebnisse zum Einfluss des sozioökonomischen Status auf die drei untersuchten Ressourcen sind inhaltlich kongruent mit der bestehenden Forschungsliteratur. Masten und Tellegen (2012) konnten einen positiven Zusammenhang von Bildungsniveau und beruflicher Tätigkeit und der Ausprägung von Resilienz ausmachen. Auch bezüglich der Selbstwirksamkeitserwartung konnte gezeigt werden, dass ein höherer sozioökonomischer Status mit einer höheren Ausprägung einhergeht (Bandura et al. 2001, Fernández-Ballesteros 2002). Kontinen et al. (2008) konnten zeigen, dass Menschen mit höherem Bildungsniveau sowie sozial besser gestellte Personen einen stärker ausgeprägten Kohärenzsinn haben.

Abschließend wurde untersucht, ob das Vorhandensein einer festen *Partnerschaft* einen Effekt

auf die Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl hat. Hierbei konnte kein Unterschied zwischen den Patienten mit, und denen ohne feste Partnerschaft festgestellt werden. Unter Vorbehalt kann dies als Widerspruch zu einigen Ergebnissen bestehender Forschung gewertet werden. Sowohl für die Selbstwirksamkeit, als auch das Kohärenzgefühl besteht Einigkeit darüber, dass ein stärkendes soziales Umfeld zu einer höheren Ausprägung dieser persönlichen Ressourcen führt (Antonovsky 1993, Bandura 2001, Fernández-Ballesteros 2002, Haavet 2005, Myrin und Lagerström 2007, Kontinen 2008). Jedoch kann die Erhebung des sozialen Umfeldes allein durch das Feststellen einer bestehenden Partnerschaft nicht annähernd als differenziert genug angesehen werden.

Ressourcenausprägung und Symptombelastung zu Therapiebeginn

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Ressourcenausprägung und der Symptombelastung zu Therapiebeginn zeigten sich gute Korrelationen negativer Ausrichtung. Ein höherer Wert in der Ressourcenausprägung korreliert mit niedrigeren Werten in den Messungen von Symptomschwere und Belastung interpersoneller Probleme. Dieser Zusammenhang ließ sich in den durchgeführten Varianzanalysen verdeutlichen: Der Mittelwertvergleich der Gruppen unterschiedlicher Ausprägung zeigte in allen drei Ressourcen, dass ein jeweils höherer Wert von Resilienz, Selbstwirksamkeit oder Kohärenzgefühl mit niedrigeren Werten in SCL-90 und IIP-32 einhergeht. Diese Unterschiede erreichten in allen drei Ressourcen bezüglich SCL-90 und IIP-32 statistische Bedeutsamkeit. Eine Ausnahme bildet das nicht signifikante Ergebnis von Resilienz und der Prämessung der SCL-90. Beim Betrachten der Mittelwertunterschiede von SCL-90 und IIP-32 zwischen den Gruppen fällt auf, dass die weitaus größeren Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen mittlerer und höherer Ressourcenausprägung besteht, verglichen mit den Unterschieden zwischen geringer und mittlerer Ressourcenausprägung. Dies lässt den Schluss zu, dass vor allem eine hohe Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl einen positiven Effekt auf die Symptomausprägung - im Sinne einer geringeren Symptombelastung - hat, eine geringe Ausprägung dieser Personenmerkmale jedoch nicht den gleichen Effekt in negativer Weise - also einer erhöhten Symptombelastung - zeigt.

Diese Ergebnisse sind kongruent mit bestehender Forschungsliteratur, die den Zusammenhang von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl mit physischem wie psychischem Wohlbefinden untersucht haben. Ein hoher Grad an Resilienz geht einher mit weniger Körperbeschwerden und guter psychischer Verfassung (Wagnild und Young 1993, Leppert

2005, Streb et al. 2013). Bezüglich der Selbstwirksamkeit konnte gefunden werden, dass Patienten mit höherer Ausprägung derselben eine bessere physische wie psychische Gesundheit aufweisen (Fuchs und Schwarzer 1994). Andererseits besteht eine stark negative Korrelation zwischen vorhandener Selbstwirksamkeit und Erkrankungsschwere an beispielsweise Depressionen und Ängsten (Takaki et al. 2003, Brody 2006, Francis et al. 2007). Auch hinsichtlich des Kohärenzgefühls konnten ähnliche Ergebnisse ausgemacht werden: Je höher das Kohärenzgefühl, desto niedriger die Anzahl an Körperbeschwerden und desto niedriger das Level empfundenen Stresses. Ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl geht mit guter physischer und psychischer Gesundheit einher (Sack et al. 1997, Franke 2001, Eriksson und Lindström 2007, Streb et al. 2013).

Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl als Prädiktoren für das Therapieergebnis

Dieser Teil der Arbeit geht der Hauptfragestellung nach, ob die persönlichen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl einen prädiktiven Vorhersagewert für das Therapieergebnis haben. Dieser Sachverhalt ist bisher wenig untersucht. Zahlreiche bereits zitierte Studien haben sich mit der Entstehung, dem Zusammenhang zu Gesundheit und Krankheit und der Veränderlichkeit dieser drei etablierten Konstrukte beschäftigt. Jedoch mangelt es an Aussagen darüber, ob die Resilienz, die Selbstwirksamkeit oder das Kohärenzgefühl von diagnostischem Wert ist, um eine ressourcenorientierte Therapie in entsprechender Weise zu gestalten.

Zunächst wurde geprüft, ob sich die Patientengruppen geringer, mittlerer und hoher Ressourcenausprägung hinsichtlich der Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 unterscheiden. Dies ist der Fall. Die Patientengruppen der jeweils höheren Ressourcenausprägung haben niedrigere Werte in den Postmessungen von SCL-90 und IIP-32. Die Unterschiede erreichen in allen drei Ressourcen statistische Signifikanz. Eine Ausnahme bildet die Resilienz in ihrer Postmessung der SCL-90; hier erreichen die festgestellten Unterschiede keine statistische Signifikanz. Auch in den Postmessungen kann deskriptiv festgehalten werden, dass der jeweils größere Unterschied in SCL-90 und IIP-32 meist zwischen den Gruppen mittlerer und hoher Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl besteht.

Die prädiktive Vorhersagekraft von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf das Therapieergebnis wurde mittels hierarchischer Regression untersucht. Hierbei erwies sich keine der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit oder Kohärenzgefühl als prädiktiv. Als Erfolgskriterien dienten jeweils die Testwertdifferenzen von SCL-90 und IIP-32 zwischen Therapiebeginn und -ende. In die Regressionsmodelle flossen die jeweiligen Prätestwerte von SCL-90 und IIP-32 mit ein. Diese sagten bereits 15,7% (SCL-90) beziehungsweise 17,0% (IIP-32) der Varianz des Therapieerfolges voraus, welches ein statistisch signifikantes Ergebnis darstellt. Die zusätzliche Varianzaufklärung durch die jeweiligen Ressourcen als Prädiktoren betrug für die Resilienz 2,5% (SCL-90) und 0,4% (IIP-32), für die Selbstwirksamkeitserwartung 3,4% (SCL-90) und 1,3% (IIP-32) und für das Kohärenzgefühl 2,0% (SCL-90) und 0,1% (IIP-32) (vgl. Tab. 14-19). Keine der aufgeführten Varianzaufklärungen durch die drei Ressourcen erreichte statistische Bedeutsamkeit.

Für das Kohärenzgefühl und die Selbstwirksamkeit lassen sich einige wenige Studien finden, die deren prädiktiven Wert für den Therapieerfolg untersucht haben. Tagay et al. (2011) konnten in ihrer Studie über die Effekte stationärer Psychotherapie bei Essstörungen das Kohärenzgefühl als wichtigen Prädiktor ausmachen. Jedoch erwies sich in anderen Studien das Kohärenzgefühl nicht als tauglicher Prädiktor für das Behandlungsergebnis (Broda et al. 1996, Sack et al. 1997). Auch die Selbstwirksamkeit konnten Tagay et al. (2011) als wichtigen Prädiktor für das Therapieergebnis ausmachen, was auch schon Fliege et al. (2002) als ein Ergebnis ihrer groß angelegten Studie über den Behandlungserfolg nach stationärer psychosomatischer Therapie zeigen konnten.

Einige Überlegungen zur Begründung der geringen Vorhersagekraft der untersuchten Ressourcen sollen im Folgenden dargestellt werden. In einer Studie über die Ressourcenrealisierung bei Psychosomatikpatienten (Deubner-Böhme 2007) zeigte sich ebenfalls ein nur schwacher Zusammenhang zwischen einer hohen Ressourcenwahrnehmung zu Therapiebeginn und einer Reduktion der psychischen Belastung zum Therapieende. Jedoch erwies sich in besagter Studie die Ressourcenrealisierung zum Therapieende als geeigneter Prädiktor für den längerfristigen Therapieerfolg, erhoben ein Jahr nach Therapieende. In Bezug auf die vorliegende Arbeit könnte ein ähnlicher Sachverhalt zur geringen Vorhersagekraft der Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf das hier gewählte Ergebniskriterium beitragen. Sämtliche drei Konstrukte sind ein substantieller Bestandteil der Persönlichkeit eines Patienten, mit denen er viele Jahre positiven wie negativen Erlebnissen im Leben begegnet ist. Eine mehrwöchige stationäre Psychotherapie

kann demzufolge mit dem Entdecken und Stärken von vorhandenen Potentialen des Patienten lediglich einen Prozess anstoßen, welcher insbesondere auch auf lange Sicht zum Wohlbefinden des Patienten beiträgt (vgl. Grawe und Grawe-Gerber 1999). Ob die personalen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl einen prädiktiven Wert auf das Therapieergebnis haben, lässt sich möglicherweise unmittelbar nach Therapieende noch nicht feststellen, da sich ihre Wirkung erst zu einem späteren Zeitpunkt nach der psychotherapeutischen Behandlung im psychischen und physischen Wohlbefinden des Patienten widerspiegeln.

Ein weiterer Aspekt wäre die Frage, inwieweit bei den Patienten der vorliegenden Studie eine Ressourcenorientierung und gezielte -aktivierung während der Psychotherapie stattgefunden hat. So beschreiben Grawe und Grawe-Gerber (1999), dass eine solche Aktivierung von Ressourcen im Therapieprozess einen großen Beitrag zur Herbeiführung von Veränderungen leisten. Dieser zeigt sich umso deutlicher, je mehr die Vorgehensweise während der Psychotherapie auf die vom Patienten mitgebrachten Ressourcen ausgerichtet sind. Wenn also im Therapieprozess nicht zu einem gewissen Maße auf die – in diesem Fall untersuchten – Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl eingegangen wurde, erweisen sich diese somit auch nicht als geeignete Prädiktoren für den Therapieerfolg.

Im Ergebnisteil dieser Arbeit wurde festgestellt, dass sich die drei Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl untereinander nicht signifikant in ihrer Vorhersagekraft hinsichtlich des Therapieerfolges nach stationärer Psychotherapie unterscheiden. Dies bestätigt die in der vorhandenen Forschungsliteratur vertretene Meinung, dass die drei Konstrukte zum Teil eine große Verwandtschaft zueinander aufweisen und schwer voneinander abgrenzbar sind. Viele Autoren beschrieben in der Vergangenheit die engen Beziehungen zwischen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl (Bandura 1977, Antonovsky 1993, Coe et al. 1998, Schumacher et al. 2000), sowie deren hohe negative Korrelationen zu negativer Affektivität und psychischem Stress (Antonovsky und Sagy 1986, Geyer 1997, Strümpfer et al. 1998, Breslin et al. 2006, Eriksson und Lindström 2006, Feldt et al. 2007). Besonders hinsichtlich des Kohärenzgefühls wird von einigen Autoren (Geyer 1997, Eriksson und Lindström 2006, Konttinen et al. 2008) kritisch hinterfragt, ob ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl schlichtweg gleichbedeutend ist mit psychischer Gesundheit, beziehungsweise die Abwesenheit desselben gleichbedeutend mit negativer Affektivität, Angst und Depression. Eriksson und Lindström (2006) kommen zu dem Schluss, dass es wohl

nicht gleichbedeutend mit Gesundheit sei, jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Gesundheit einer Person. Antonovsky konstatierte bereits 1997, dass es falsch sei das Kohärenzgefühl als alleinstehende Bewältigungsstrategie beim Überwinden von Krankheit und Widrigkeiten anzusehen, sondern dass ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl vielmehr dazu befähigt, andere Ressourcen zu aktivieren und somit vorhandenen Stressoren zu begegnen (vgl. Zirke 2007). Dieser Sachverhalt trifft letztendlich ebenso für die Resilienz und die Selbstwirksamkeit zu. Sie alle sind Persönlichkeitsmerkmale, die Menschen helfen, bei psychischer und physischer Gesundheit zu bleiben oder diese wiederzuerlangen. Sie stellen sowohl eigenständige Ressourcen dar, aus denen man schöpfen kann, als auch die Fähigkeit, andere in gegebener Situation nötige Ressourcen zu entdecken und zu aktivieren (vgl. Grawe und Grawe-Gerber 1994).

Abschließend zu diesem Teil der Fragestellungen wurde untersucht, ob Alter, Geschlecht oder Bildungsstatus einen moderierenden Effekt auf die Vorhersagekraft von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf das Therapieergebnis haben. Bezüglich des Erfolgskriteriums Reduktion interpersoneller Probleme zeigte das Alter einen moderierenden Effekt auf die Vorhersagekraft von Resilienz und Selbstwirksamkeit. Ein höheres Alter geht mit einer verringerten positiven Wirkung dieser beiden Ressourcen auf das Therapieergebnis einher. Ein solcher moderierender Effekt zeigte sich nicht bezüglich des Erfolgskriteriums Symptomreduktion anhand der SCL-90. Möglicherweise zeigen sich Patienten höheren Alters aufgrund geringerer Flexibilität insbesondere im Umgang mit ihren Mitmenschen weniger veränderungsbereit. Somit kommen die positiven Wirkungen von Resilienz und Selbstwirksamkeit bei der Reduktion der Probleme im interpersonellen Bereich im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung nicht zum Tragen.

Das Geschlecht zeigte keinen moderierenden Effekt auf den Vorhersagewert von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl auf das Therapieergebnis, weder hinsichtlich der Symptomreduktion, noch hinsichtlich der Reduktion interpersoneller Probleme.

Bei der Betrachtung des Bildungsstatus als mögliche Moderatorvariable zeigte nur der Schulabschluss einen moderierenden Effekt auf den Vorhersagewert der Resilienz für den Therapieerfolg hinsichtlich der Reduktion interpersoneller Probleme. Bei der Vorhersage des Therapieerfolges durch die personalen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl scheinen Aspekte wie Schul- oder Berufsabschluss insgesamt keinen relevanten Einfluss zu haben.

5.2. Methodische Diskussion

An dieser Stelle sollen einige methodische Probleme und Einschränkungen der vorliegenden Arbeit erörtert werden.

Sowohl für die Erhebung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl, als auch für die Erhebung der Symptombelastung und der Belastung im Bereich interpersoneller Probleme wurden Selbstbeurteilungsmaße verwendet. Um eine verbesserte Aussagekraft der Ergebnisse erreichen zu können, wäre es zukünftig sinnvoll, auch Fremdbeurteilungsmaße durch beispielsweise den Therapeuten einzubeziehen. Zur Erhebung der drei personalen Ressourcen wurden etablierte Kurzskalen verwendet, die jedoch - insbesondere die SOC-Skala - nicht ohne Kritik dahingehend sind, ob sie das zu erfassende Persönlichkeitsmerkmal auch ausreichend gut erheben (Geyer 1997, Konttinen 2008).

Um eine bessere Aussage über die Veränderung von Symptomintensität und interpersoneller Probleme nach der psychotherapeutischen Behandlung treffen zu können, wäre ein weiterer Erhebungszeitpunkt, beispielsweise ein Jahr nach Beendigung der Therapie, sinnvoll gewesen. Aus zeitökonomischen Gründen war dieses Vorgehen leider nicht möglich. Auch ein weiterer Messzeitpunkt zur Erhebung vorhandener oder wahrgenommener Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl wäre interessant gewesen um zu erfassen, ob ein gewisser Grad an Aktivierung dieser Potentiale während der Psychotherapie stattgefunden hat. Ein Hauptkritikpunkt an der vorliegenden Studie stellt sicherlich die relativ kleine Stichprobe von $n = 70$ dar. Dies führt in einigen Analysen zu kleinen Untergruppen, sodass eventuell nur große Effekte eine statistische Signifikanz aufweisen, kleine Unterschiede möglicherweise untergehen. Um sehr kleine Untergruppen zu vermeiden, wurden soziodemographische Merkmale wie zum Beispiel Bildungsstatus oder Familienstand als dichotome Merkmale in die Analysen einbezogen, sodass zum Teil keine differenzierten Aussagen zu betreffenden Fragestellungen möglich war. Auch die Betrachtung von Unterschieden zwischen den Diagnosegruppen konnte vor diesem Hintergrund sehr kleiner Subgruppen nur bedingt vorgenommen werden. Dies gilt es in folgenden, größeren Studien nachzuholen, da davon auszugehen ist, dass sich die Ausprägung und Stärkung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl in den unterschiedlichen Diagnosegruppen zum Teil wesentlich unterscheidet.

Eine weitere Einschränkung der Aussagekraft vorliegender Ergebnisse ist durch das gewählte Ein-Gruppen-Untersuchungsdesign bedingt. Die zusätzliche Beobachtung einer Kontrollgruppe hätte möglicherweise Einblick darüber geben können, inwieweit die untersuchten

personalen Ressourcen generellen Einfluss auf den Verlauf oder die Reduktion von Symptomen und interpersonellen Problemen haben, unabhängig von einer Psychotherapie.

Als Kriteriumsvariable 'Therapieerfolg' wurde in dieser Studie die Differenz der Prä- und Postmessungen von SCL-90 und IIP-32 gewählt. Dies ist eine von vielen Möglichkeiten, die sicherlich nicht frei von Fehlerquellen ist. So wird beispielsweise die Reliabilität der verwendeten Messinstrumente in den Berechnungen der Differenzwerte nicht berücksichtigt. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Reliabilität der verwendeten Messinstrumente eine ausreichende Reliabilität der Differenzwerte gewährleistet (Bortz 1984). Sowohl die internen Konsistenzen der SCL-90 mit einem r zwischen .74 und .97 (Franke 2002), als auch die internen Konsistenzen des IIP-32 (vgl. Thomas et al. 2011) können als gut eingestuft werden. Eine weitere Voraussetzung für eine ausreichende Reliabilität der Testwertdifferenzen ist eine gleichbleibende Streuung der Prä- und Posttestmessungen (Bortz 1984). Diese wurden für die Berechnungen vorliegender Studie jeweils überprüft. Zur quasiexperimentellen Prüfung von Veränderungshypothesen stellt die Anwendung einfacher Differenztestwerte nach Bortz eine sinnvolle Schätzung einer wirklichen Veränderung dar (vgl. Assmann 2003). Ein weiteres Problem des gewählten Prä-Post-Designs ist die Regression zur Mitte. Diese bezeichnet das statistische Phänomen, dass hohe Skalenwerte bei einer Testwiederholung eine Tendenz zur Mitte aufweisen. Aufgrund dieser Unreliabilität der Messungen können Veränderungen der Messwerte entstehen, die auf keine tatsächliche Veränderung zurückzuführen sind. Auch hier bewahrt eine gute Reliabilität der verwendeten Messinstrumente vor beschriebener Problematik (vgl. Steyer et al. 1997). Des Weiteren bestimmt die Höhe der Korrelation der betreffenden Messwertwiederholung die Stärke des Regressionseffektes. Je höher die Korrelation der aufeinanderfolgenden Messung, desto weniger verändern sich die extremen Skalenwerte hin zur Mitte (Wirtz 2005). In vorliegender Studie ließen sich hohe Korrelationen zwischen den Prä- und Posttestwerten nachweisen: $r = .629$ bezüglich SCL-90 und $r = .590$ bezüglich IIP-32 (vgl. Anhang 7.1., Tab. 25). Somit ist von einer nur sehr schwachen Verlagerung der Skalenwerte hin zur Mitte auszugehen.

In vorliegender Arbeit wurde nicht berücksichtigt, ob sich die Patienten zu Therapiebeginn und -ende im physiologischen oder pathologischen Bereich der Erhebungsmaße befanden oder ob sie durch ihre Verbesserung klinische Signifikanz erreicht haben (vgl. Jacobson und Truax 1991). Diese Einteilung wurde bewusst außen vor gelassen, da im vorliegenden Kontext allein die statistischen Veränderungen der Therapieergebnismaße SCL-90 und IIP-32

interessiert haben und die Betrachtung der klinischen Signifikanz letztendlich keine zusätzlichen Informationen geliefert hätte (vgl. Geiser 2001).

Der im inhaltlichen Teil der Diskussion vorgenommene Vergleich der Ergebnisse dieser Studie mit den Ergebnissen bestehender Forschungsliteratur ist insofern unter Vorbehalt zu betrachten, als dass keine einheitliche Erhebung der betrachteten Variablen vorlag. Sowohl Ressourcen im Allgemeinen, Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl im Speziellen, als auch der Therapieerfolg wurden durch unterschiedliche Erhebungsmaße vorgenommen.

5.3. Schlussfolgerungen

In vorliegender Arbeit wurden die persönlichen Ressourcen Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl unter verschiedenen Aspekten in Bezug auf eine stationäre Psychotherapie untersucht.

Zunächst wurde die Ausprägung der drei Merkmale zu Therapiebeginn betrachtet. Beim Vergleich von Patientenstichprobe und bevölkerungsrepräsentativer Normbevölkerung zeigten die Patienten dieser Studie eine signifikant geringere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl. Bezüglich des Alters, des Geschlechts und der Diagnosegruppen konnten keine signifikanten Unterschiede in der Ressourcenausprägung festgestellt werden. Dass Patienten mit einem höheren sozioökonomischen Status eine höhere Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl aufweisen, konnte lediglich hinsichtlich des Schulabschlusses für das Kohärenzgefühl, und hinsichtlich des Berufsabschlusses für die Resilienz nachgewiesen werden. Dabei zeigten jeweils die Patienten mit höherem Abschluss eine stärkere Ausprägung dieser Ressourcen. Dass das Vorhandensein einer festen Partnerschaft mit einem höheren Grad an Ressourcenausprägung einhergeht, konnte nicht nachgewiesen werden.

Im Weiteren wurde der Zusammenhang zwischen unterschiedlich starker Ressourcenausprägung und der Belastung an Symptomen und an Problemen im interpersonellen Bereich untersucht. Hierbei konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einer geringeren Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit oder Kohärenzgefühl zu Therapiebeginn eine signifikant höhere Belastung mit physischen und psychischen Symptomen, als auch eine höhere Belastung mit Problemen im interpersonellen Bereich aufweisen.

Schwerpunkt der Arbeit lag auf der Frage, ob den drei untersuchten Patientenmerkmalen ein prädiktiver Wert für das Therapieergebnis nach stationärer Psychotherapie innewohnt. Hierzu

wurde vorerst festgestellt, dass die Patienten mit einer höheren Ressourcenausprägung zu Therapiebeginn eine niedrigere Belastung an physischen und psychischen Symptomen, als auch eine niedrigere Belastung an Problemen im interpersonellen Bereich am Ende der Therapie zeigen. Bei der Untersuchung der Vorhersagekraft zeigte sich allerdings, dass vor allem die jeweiligen Prätestmessungen, der auch am Therapieende erhobenen Erhebungsmaße, den Therapieerfolg vorhersagen. Die zusätzliche Aufklärung des Therapieergebnisses durch die jeweiligen Ressourcen erwies sich als verschwindend gering. Dies stellt insofern ein überraschendes Ergebnis dar, als dass man annehmen würde, dass Patienten mit einer guten Ausprägung von Resilienz, Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl in höherem Maße von einer Psychotherapie profitieren. Sie können aus einem größerem Pool persönlicher Potentiale schöpfen, um ihren Zustand physischer und psychischer Belastung und Krankheit zu überwinden. Jedoch scheinen die drei Merkmale in ihrer Ausprägung lediglich einen Einfluss auf die Schwere der Erkrankung zu haben. Dies wurde in bereits erwähnter Forschungsliteratur ausführlich beschrieben. Die Symptombelastung zu Therapiebeginn wiederum bietet einen guten Aufschluss auf den Zustand des Patienten zu Therapieende: Je höher die Belastung zu Therapiebeginn, desto höher ist sie auch zum Therapieende. Zusammenfassend ist zu sagen, dass die drei Konstrukte Resilienz, Selbstwirksamkeitserwartung und Kohärenzgefühl durchaus ihre Daseinsberechtigung haben, da sie einen deutlichen Zusammenhang mit der Erkrankungsschwere der Patienten zeigen. Ihr prädiktiver Wert für das Therapieergebnis hingegen erwies sich in vorliegender Arbeit als sehr gering. Da diese drei Patientenmerkmale explizit auf ihren Vorhersagewert für das Therapieergebnis bisher nicht untersucht wurden, gilt es diesen Sachverhalt in weiteren Studien zu replizieren.

6. Literaturverzeichnis

- Ablon JS, Jones EE. 1999. Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1): 64-75.
- Alden IE, Wiggins JS, Pincus AL. 1990. Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4): 521-536.
- Antonovsky A. 1974. Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In: Dohrenwend BS, Dohrendwend BP, Hrsg. *Stressful Live Events: Their Nature und Effects*. New York: Wiley, 245-258.
- Antonovsky A. 1979. *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. 1983. The Sense of Coherence: Development of a research instrument. In: Schwartz Research Center for Behavioral Medicine. *Zweite Auflage*. Tel Aviv University: Newsletter and Research Reports, 1: 1-11.
- Antonovsky A, Sagy S. 1986. The development of a sense of coherence scale and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126(2): 213-225.
- Antonovsky A. 1987. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. 1989. Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. *Meducs* 2: 51-57.
- Antonovsky A. 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. In: *Social Science and Medicine*, 36(6): 725-733.
- Antonovsky A. 1993. Some salutogenic words of wisdom to the conferees. Sweden: The Nordic School of Public Health in Gothenburg.
<http://www.angelfire.com/ok/soc/agoteborg.html>.
- Antonovsky A. 1996b. The sense of coherence. An historical and future perspective. *Israel Journal of Medical Sciences*, 32(3-4): 170-178.
- Antonovsky A, Franke A, Schulte N. 1997. *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVt-Verlag.
- Arnstein P, Wells-Federmann C, Caudill M. 2001. Self-Efficacy as a mediator of depression and pain-related disability in three samples of chronic pain patients. *Pain Medicine*, 2(3): 238-239.

- Aroian KJ, Schappler-Morris N, Neary S, Spitzer A, Tran TV. 1997. Psychometric evaluation of the Russian Language version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 5(2): 151-164.
- Assmann J. 2003. Wirksamkeit teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ihre Beziehung zum Ausmaß und zur Reduktion der Belastung mit interpersonellen Problemen [Dissertation]. Tübingen: Eberhard-Karls-Universität.
- Atroshi I, Andersson IH, Gummesson C, Leden I, Odenbring S, Ornstein E. 2002. Primary care patients with musculoskeletal pain. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 31(4): 239–244.
- Bandura A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Bandura A. 2000. Exercise of Human Agency Through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3): 75–78.
- Bandura A. 2001. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1): 1–26.
- Barkham M, Hardy GE, Startup M. 1996. The IIP-32: Development of a short version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP). *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1): 21–35.
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. 2009. Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).
- Bengtsson-Tops A, Brunt D, Rask M. 2005. The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19(3): 280-287.
- Benjamin M, Hadar S, Asher S. 2011. Culture-sensitive therapy and salutogenesis: Treating Israeli Bedouin of te Negev. *International Review of Psychiatry*, 23(6): 550-554.
- Bergin AE, Lambert MJ. 1979. Counseling the researcher. *The Counseling Psychologist*, 8(3): 53-56.
- Block J, Block HJ. 2006. Venturing a 30-year longitudinal study. *American Psychologist*, 61(4): 315-327.
- Block J, Kremen AM. 1996. IQ and Ego-Resilience: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2): 349-361.

- Bortz J. 1984. Lehrbuch der empirischen Forschung: für Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Verlag.
- Bowman BJ. 1996. Cross-cultural validation of Antonovskys Sense of Coherence Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(5): 547-549.
- Breslin FC, Hepburn CG, Ibrahim S, Cole D. 2006. Understanding stability and change in psychological distress and sense of coherence. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(1):1-21.
- Broda M, Bürger W, Dinger-Broda A. 1995. Therapieerfolg und Kohärenzgefühl. Zusammenhänge zwei bis fünf Jahre nach stationär verhaltensmedizinischer Behandlung. In: Lutz R, Mark H, Hrsg. *Wie gesund sind Kranke?* Göttingen: Hogrefe Verlag, 113-122.
- Broda M, Dinger-Broda A, Bürger W. 1996. Selbstmanagement-Therapie und Gesundheitsressourcen - Untersuchung zum Kohärenzgefühl bei verhaltensmedizinisch behandelten Patienten. In: Reinecker H, Schmelzer D, Hrsg. *Verhaltenstherapie - Selbstregulation - Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 257-272.
- Brody BL, Roch-Levecq AC, Kaplan AM, Moutier CY, Brown SI. 2006. Age-Related Macular Degeneration: Self-Management and Reduction of Depressive Symptoms in a Randomized, Controlled Study. *Journal of the American Geriatrics society*, 54(10): 1557-1562.
- Bühl A. 2012. SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Pearson Studium.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TW, Mill J, Martin J, Taylor A, Craig IW, Poulton R. 2002. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582): 851–854.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. 2003. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science Signaling*, 301(5631): 386–389.
- Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. 2010. Genetic Sensitivity to the Environment: The Case of the Serotonin Transporter Gene and Its Implications for Studying Complex Diseases and Traits. *American Journal of Psychiatry*, 167(5): 509–527.

- Cicchetti D. 2002. The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17(3): 1407–1428.
- Cicchetti D, Blenker JA. 2006. A Multiple-Levels-of-Analysis Perspective on Resilience: Implications for the Developing Brain, Neural Plasticity, and Preventive Interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094(1): 248–258.
- Clarkin JF, Levy KN. 2004. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lambert MJ, Hrsg. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. Fünfte Auflage. New York: Wiley, 194-226.
- Coe RM, Romeis JC, Hall MM. 1998. Sense of coherence and survival in the chronically ill elderly. A five-year follow-up. In: McCubbin HI, Thompson EI, Thompson AI, Hrsg. *Stress, coping, and health in families. Sense of coherence and resiliency*. Thousand Oaks: Sage, 265–75.
- Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. 2007. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31(3): 211–229.
- Curtis WJ, Cicchetti D. 2003. Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. *Development and Psychopathology*, 15(3): 773-810.
- Davies-Osterkamp S, Strauß B, Schmitz N. 1996. Interpersonal Problems as Predictors of Symptom Related Treatment Outcome in Longterm Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6(3): 164-176.
- Deubner-Böhme M. 2007. Ressourcenrealisierung und Therapieerfolg von Psychosomatikpatienten [Dissertation]. Braunschweig: Technische Universität Carolo-Wilhelmina.
- Dinger U, Strack M, Leichenring F, Wilmers F, Schauenburg H. 2008. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3): 344–354.
- DuMont KA, Widom CS, Czaja SJ. 2007. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31(3): 255–274.
- Duncan BL, Miller SD, Hrsg. 2003. *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt, 123-147.

- Eriksson M, Lindström B. 2006. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5): 376-381.
- Eriksson M, Lindström B. 2007. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11): 938– 944.
- Feldt T. 2000. Sense of coherence. Structure, stability and health promoting role in working life [Doctoral thesis]. University of Jyväskylä.
- Feldt T, Leskinen E, Kinnunen U, Mauno S. 2000. Longitudinal factor analysis models in the assessment of the stability of sense of coherence. *Personality and Individual Differences*, 28(2): 239-257.
- Feldt T, Metsäpelto RL, Kinnunen U, Pulkkinen L. 2007. Sense of coherence and five-factor approach to personality. *European Psychologist*, 12(3): 165-172.
- Fergusson DM, Horwood LJ. 2003. Resilience to childhood adversities: Results from a 21-year study. In Luthar SS, Hrsg. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press, 130-155.
- Fernández-Ballesteros R. 2002. Determinants and structural relation of personal efficacy to collective efficacy. *Applied Psychology*, 51(1): 107-125.
- Fliege H, Rose M, Bronner E, Klapp BF. 2002. Prädiktoren des Behandlungsergebnisses stationärer psychosomatischer Therapie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52(2): 47-55
- Francis L, Weiss BD, Senf JH, Heist K, Hargraves R. 2007. Does literacy education improve symptoms of depression and self-efficacy in individuals with low literacy and depressive symptoms? A preliminary investigation. *Journal of the American board of family medicine*, 20(1): 23-27.
- Franke A. 2001. Können aus dem Konzept "Salutogenese" Ansätze für gemeindepsychologisches Denken abgeleitet werden? In: Krisor M, Pfannkuch H, Wunderlich K, Hrsg. *Gemeinde, Alltag, Ressourcen - Aspekte einer subjektorientierten Psychiatrie. Reader zu den Herner Gemeindepsychiatrischen Gesprächen*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 42-51.
- Franke GH. 2002. SCL-90-R Die Symptomcheckliste von Derogatis Deutsche Version Manual. Zweite Auflage. Göttingen: Beltz Test GmbH.

- Franke A, Broda M. 1993. Psychosomatische Gesundheit: Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Fredrickson BL. 2000. Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention and Treatment, 3: 1a.
<http://www.unc.edu/peplab/publications/cultivating.pdf>
- Franz M, Janssen P, Lensche H, Schmidtke V, Tetzlaff M, Martin K, Heuft G. 2000. Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 46: 242-258.
- Frenz AW, Carey MP, Jorgensen RS. 1993. Psychometric evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. Psychological Assessment, 5(2): 145-153.
- Fuchs R, Schwarzer R. 1994. Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Meßinstruments. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 15(3): 141-154.
- Geiser F, Imbierowicz K, Conrad R, Schilling G, Liedtke R. 2001. Zur Unterscheidung von „geheilten“ und „gebesserten“ sowie von „unveränderten“ und „verschlechterten“ Patienten in einer Therapieerfolgsstudie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 47(3): 250-261
- Geyer S. 1997. Some considerations on the sense of coherence. Social Science and Medicine, 44(12): 1771-1779.
- Ghazinour M, Richter J, Eisemann M. 2004. Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. Journal of Immigrant Health, 6(2): 71-81.
- Goleman D. 2006. Emotional intelligence: 10th anniversary edition. Why it can matter more than IQ. New York: Bantam.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. 1994. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Vierte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grawe K, Grawe-Gerber M. 1999. Ressourcenaktivierung – ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut, 44(2): 63-73.
- Griffiths CA. 2010. A Critical Analysis of Antonovsky's Sense of Coherence Theory in Relation to Mental Health and Mental Disorder and the Effect of a Lifelong Learning Intervention on the Sense of Coherence of Mental Health Service Users [Doctor thesis]. London: Middlesex University.

- Haavet OR, Saugstad OD, Straand J. 2005. Positive factors associated with promoting health in low-risk and high-risk populations of 15- and 16- year-old pupils in Oslo, Norway. *Acta Paediatrica*, 94(3): 345–351.
- Hagen C, Röper G. 2007. Resilienz und Ressourcenorientierung – eine Bestandsaufnahme. In: Fookien I, Zinnecker J, Hrsg. *Trauma und Resilienz*. Erste Auflage. München: Juventa Verlag Weinheim und München, 15-28.
- Hardt J, Gerbershagen H, Franke P. 2000. The symptom check-list, SCL-90-R: Its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal Of Pain*, 4(2):137-148.
- Hardt J, Brähler E. 2007. Symptomchecklisten bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 21(1): 7-14.
- Heim E. 1994. Salutogenese versus Pathogenese – ein neuer Zugang zu einer alten Weisheit. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 124(29): 1267-1275.
- Hessel A, Schumacher J, Geyer M, Brähler E. 2001. Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47(1): 27-39.
- Hinz A, Schumacher J, Albani C, Schmid G, Brähler E. 2006. Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica* 52(1): 26-32.
- Hood SC, Beaudet MP, Catlin G. 1996. A healthy outlook. *Health Rep* 7(4): 25-32.
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA, Ureno G, Villasenor VS. 1988. Inventory of Interpersonal Problems : Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6): 885-892.
- Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. 2000. Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme
- Jacobson NS, Truax P. 1991. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consultant und Clinical Psychology*, 59(1): 12-19.
- Janßen C, Cordula H, Chrispin A, Rolf W, Abel T. 2000. Sozioökonomischer Status und gesundheitliche Kontrollüberzeugungen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8(3): 216-229.
- Jenke DM, Demmel R. 2007. Selbstwirksamkeitserwartung, Rückfallzuschreibung und Rückfallrisiko in einer klinischen Stichprobe alkoholabhängiger Probanden [Dissertation]. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:6-95509537499>. Datum der Einsichtnahme: 28.03.2013.

- Jerusalem M. 1990. Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Jerusalem M, Schwarzer R. 1999. Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P. 2002. Work and personal resources as long-term predictors of well-being. *Stress and Health*, 18(5): 227–234.
- Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, Topipinen-Tanner S. 2003. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work Stress*, 17(2): 109–122.
- Kim-Cohen J, Gold AL. 2009. Measured Gene-Environment Interactions and Mechanisms Promoting Resilient Development. *Current Directions in Psychological Science*, 18(3): 138–142.
- Kivimäki M, Feldt T, Vahtera J, Nurmi J. 2000. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science & Medicine*, 50(4): 583–597.
- Konttinen H, Haukkala A, Uutela A. 2008. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. *Social Science and Medicine*, 66(12):2401–2412.
- Korotkov DL. 1993. An assessment of the (short-form) Sense of Coherence personality measure: Issues of validity and well-being. *Personality and Individual Differences*, 14(4): 575–583.
- Kröninger-Jungaberle H, Grevenstein D. 2013. Development of salutogenetic factors in mental health – Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R). *Health and quality of life outcomes*, 11(1): 80.
- Langeland E, Wahl AK. 2009. The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6): 830–837.
- Larsson G, Kallenberg KO. 1996. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. *European Journal of Public Health*, 6(3): 175–180.
- Lazarus RS. 2006. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.

- Lazarus RS, Folkman S. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Leppert K. 2003. RS - Resilienzskala. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B, Hrsg. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis, Bd. 1). Zweite Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, 295-298.
- Leppert K, Gunzelmann T, Schumacher J, Strauß B, Brähler E. 2005. Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. Psychotherapie Psychosomatische Medizin, 55(08): 365-369.
- Leppert K, Richter F, Strauss B. 2013. Wie resilient ist die Resilienz? - Für die Psychotherapie relevante Forschungsergebnisse. Psychotherapie im Dialog, 14(1): 52-55.
- Liedtke R, Geiser F. 2001. Veränderungen interpersonaler Probleme und der Symptomatik während und 2 Jahre nach stationärer Psychotherapie. Gruppenpsychother und Gruppendynamik, 37: 214-228.
- Lundberg O, Peck MN. 1994. Sense of coherence, social structure and health. Evidence from a population survey in Sweden. European Journal of Public Health, 4(4): 252-257.
- Lundman B, Norberg A. 1993. The significance of a sense of coherence for subjective health in persons with insulin-dependent diabetes. Journal of Advanced Nursing, 18(3): 381-386.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker 2000. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71(3): 543-562.
- Manning MM, Wright TL. 1983. Self-Efficacy Expectancies, Outcome Expectancies, and the Persistence of Pain Control in Childbirth. Journal of Personality and Social Psychology, 45(2): 421-431.
- Masten AS, Tellegen A. 2012. Resilience in developmental psychopathology: contributions of the Project Competence Longitudinal Study. Development and Psychopathology, 24(2): 345.
- Myrin B, Lagerström M. 2008. Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. Acta Paediatrica, 97(6): 805-811.
- Nagel G. 2000. Salutogenese. Praxis. 89: 356-359.
- Neuner B, Miller P, Maulhardt A, Weiss-Gerlach E, Neumann T, Lau A, Brähler E, Helmert U, Haas N, Müller JM, Wernecke K, Spies C. 2005. Hazardous alcohol consumption and sense of coherence in emergency department patients with minor trauma. Drug Alcohol Dependence Journal, 82(2): 143-50.

- Nilsson KW, Leppert J, Simonsson B, Starrin B. 2010. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4): 347–352.
- Nygren B, Al  x L, Jons  n E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. 2005. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9(4): 354–362.
-   st LG, Thulin U, Ramner   J. 2004. Cognitive behavior therapy vs exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10): 1105-1127.
- Ong AD, Bergeman CS, Bisconti TL, Wallace KA. 2006. Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4): 730–749.
- Ong AD, Bergemann CS, Boker SM. 2009. Resilience comes in age: defining features in later adulthood. *Journal of Personality*, 77(6): 1777-1804.
- Pallant JF, Lae L. 2002. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33(1): 39-48.
- Poppius E, Tenkanen L, Kalimo R, Heinsalmi P. 1999. The sense of coherence, occupation and the risk of coronary heart disease in the Helsinki heart study. *Social Science & Medicine*, 49(1):109-120.
- Probst T, von Heymann F, Zaudig M, Konermann J, Lahmann C, Loew T, Tritt K. 2009. Aktuelle Informationen aus der Deutschen Gesellschaft f  r Psychosomatische Medizin und   rztliche Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55: 409-420.
- Raty LK, Larsson G, Soderfeldt BA, Larsson BM. 2005. Psychosocial aspects of health in adolescence: The influence of gender, and general self-concept. *Journal of Adolescent Health*, 36(6): 530.
- Rief W, Exner C, Martin A. 2006. *Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf M, M  ller J. 2012. *Multivariate Verfahren: Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Zweite Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag, 37-89.
- Rutter M. 2007. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3): 205–209.

- Rutter M, Moffitt TW, Caspi A. 2006. Gene–environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4): 226–261.
- Rutter M. 1985. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resilience to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
- Sack M, Künsebeck HW, Lamprecht F. 1997. Kohärenzgefühl und psychosomatischer Behandlungserfolg. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 47: 149-155.
- Sack M, Lempa W, Lamprecht F, Schmid-Ott G. 2003. Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49(1): 63–73.
- Schauenburg H, Strack M. 1999. Measuring Psychotherapeutic Change with the Symptom Checklist SCL 90 R. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4): 199–206.
- Schiepek G, Cremers S. 2003. Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In: Schemmel H, Schaller J., Hrsg. *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: Dgvt-Verlag, S. 149.
- Schindler C, Körkel J. 1994. Selbstwirksamkeitserwartungen junger erwachsener Alkoholabhängiger: Ausprägung und Vorhersagbarkeit. *Verhaltenstherapie*, 4(3): 152-161.
- Schmidt-Ratjens C, Benz D, Van Damme D, Feldt K, Amelang M. 1997. Über zwiespältige Erfahrungen mit Fragebögen zum Kohärenzsinn sensu Antonovsky. *Diagnostica*, 43(4): 327-46.
- Schmitz GS, Schwarzer R. 2002. Individuelle und kollektive Selbstwirksamkeitserwartungen von Lehrern. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 44: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, 192-214.
- Schumacher J, Wilz G, Gunzelmann T, Brähler E. 2000a. Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskala. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50(12): 472-482.
- Schumacher J, Gunzelmann T, Brähler E. 2000b. Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46(4): 208-213.

- Schumacher J, Leppert K, Grunzelmann T, Strauß B, Brähler E. 2005. Die Resilienzskala - Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie Psychiatrie und Psychotherapie*, 53: 16-39.
- Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E. 2006. Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica*, 52(1): 26-32.
- Schwarzer R. 1994. Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica*, 40(2): 105-123.
- Schwarzer R. 2008. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/>. Datum der Einsichtnahme: 29.03.2013.
- Schwarzer R, Mueller J, Greenglass E. 1999. Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12(2): 145-161.
- Schwarzer J, Jerusalem M. 2002. Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft 44*, 28-53.
- Schwoerer CE, May DR, Hollensbe EC, Mencl J. 2005. General and specific self-efficacy in the context of a training intervention to enhance performance expectancy. *Human Resource Development Quarterly*, 16(1): 111-129.
- Shaik A, Kauppi C. 2010. Deconstructing resilience myriad conceptualizations and interpretations. *International Journal of Arts and Sciences*, 3(15): 155-176.
- Shazer SD. 1989. *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Shelton SH. 1990. Developing the construct of General Self-efficacy. *Psychological Reports*, 66: 987-994.
- Sherer M, Maddux JE. 1982. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*, 51: 663-671.
- Smith PM, Breslin FC, Beaton DE. 2003. Questioning the stability of sense of coherence: The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(9): 475-84.
- Soldz S, Budman S, Demby A, Merry J. 1995. A short form of the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales. *Assessment*, 2(1): 53-63.
- Stalder J. 1985. Die soziale Lerntheorie von Bandura. In: Frey D, Irle M, Hrsg. *Theorien der Sozialpsychologie 2*. Bern: Verlag Hans Huber, 241-271.

- Steyer R, Hannover W, Telser C, Kriebel R. 1997. Zur Evaluation intraindividuelle Veränderungen. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 26 (4): 291-299.
- Streb M, Häller P, Michael T. 2013. PTSD in Paramedics: Resilience and Sense of Coherence. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-12.
- Streeck US. 2007. Psychodynamische Therapieverfahren. In: Senf W, Broda M, Hrsg. *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 240-258.
- Strümpfer DJW, Gouws JF, Viviers MR. 1998. Antonovskys Sense of Coherence Scale related to negative and positive affectivity. *European Journal of Personality*, 12(6): 457-480.
- Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. 2001. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. *Journal of Psychosomatic Research* 50(2): 77–86.
- Surtees PG, Wainwright NWJ, Khaw KT. 2006. Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of Psychosomatic research*, 61(2): 221-227.
- Tagay S, Mewes R, Brahler E, Senf W. 2008. Sense of Coherence bei Bulimie-Patientinnen - ein protektiver Faktor für psychische Gesundheit? *Psychiatrische Praxis*: 30-34.
- Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama N, Kumano H, Kuboki T. 2003. Interactions among stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 29(3): 107-112.
- Testzentrale des Hogrefe Verlag. 2012a. SCL-90-R, Symptom-Checkliste, G. H. Franke. <http://www.testzentrale.de/programm/symptom-checkliste.html>. Datum der Einsichtnahme: 06.03.2013.
- Thomas A, Brähler E, Strauß B. 2011. IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersoneller Probleme. *Diagnostica*, 57(2): 68-83.
- Tschuschke V. 2010. Gruppen- versus Einzeltherapie – Setting und Wirkfaktoren. In: Tschuschke V, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie: von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 13-17.
- Ungar M. 2008a. Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2): 218-235.
- Von Bothmer MI, Fridlund B. 2003. Self-rated health among university students in relation to sense of coherence and other personality traits. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4): 347-57.

- Wagnild GM, Young HM. 1993. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2): 165–178.
- Wagnild GM. 2009. The Resilience Scale User's Guide: For the US English Version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14). Guinn PE, Hrsg. Montana: Resilience Center.
- Waugh CE, Thompson RJ, Gotlib IH. 2011. Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11(5): 1059–1067.
- Weber H. 2002. Ressourcen. *Gesundheitspsychologie von A-Z: ein Handwörterbuch*, 466–469.
- Wilda-Kiesel A. 1998. Die Kommunikative Bewegungstherapie - eine bewegungs-therapeutische Methode bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. *Krankengymnastik* 1: 34- 40.
- Wirtz M. 2005. Regression zu Mitte. *Rehabilitation* 44: 244-251.
- Yalom ID. 1989. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München: Verlag J. Pfeiffer, 19-32.
- Zaccaro SJ, Blair V, Peterson C, Zazanis M. 1995. Collective efficacy. In: Maddux JE, Hrsg. *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York: Plenum, 305–328.
- Zeeck A, Hartmann A, Küchenhoff J, Weiss H, Sammet I, Gaus E, Semm E, Harms D, Eisenberg A, Rahm R, Wietersheim J. 2009. Differenzielle Indikationsstellung stationärer und tagesklinischer Psychotherapie: die DINSTAP-Studie. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(9/10): 354–363.
- Ziegler M, Bühner M. 2009. *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Deutschland GmbH, S. 679.
- Zirke N, Schmid G, Mazurek B, Klapp BF, Rauchfuss M. 2007. Antonovsky's Sense of Coherence in psychosomatic patients – a contribution to construct validation. *GMS Psycho-Social Medicine*, 4.
- Zuroff DC, Blatt SJ, Sotsky SM, Krupnik JL, Martin DJ, Sanislow CA, Simmens S. 2000. Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1): 114-124.

7. Anhang

7.1. Ergänzende Tabellen und Abbildungen

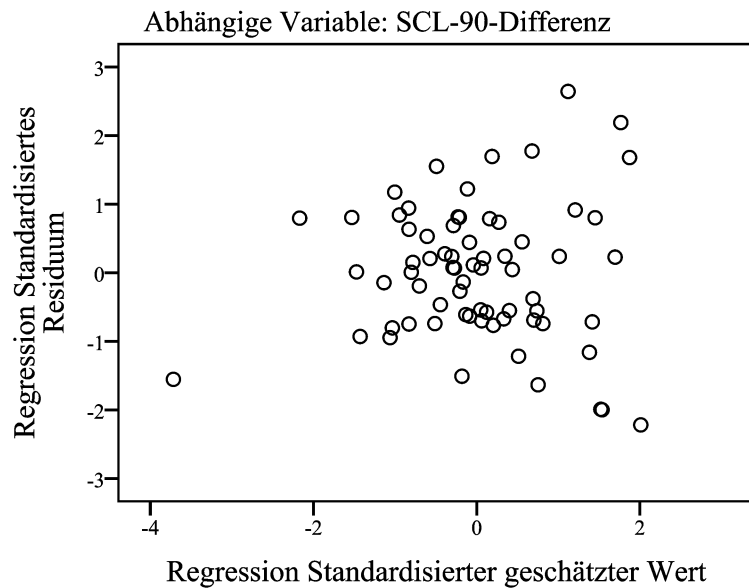


Abbildung 2: Streudiagramm zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler des Prädiktors Resilienz

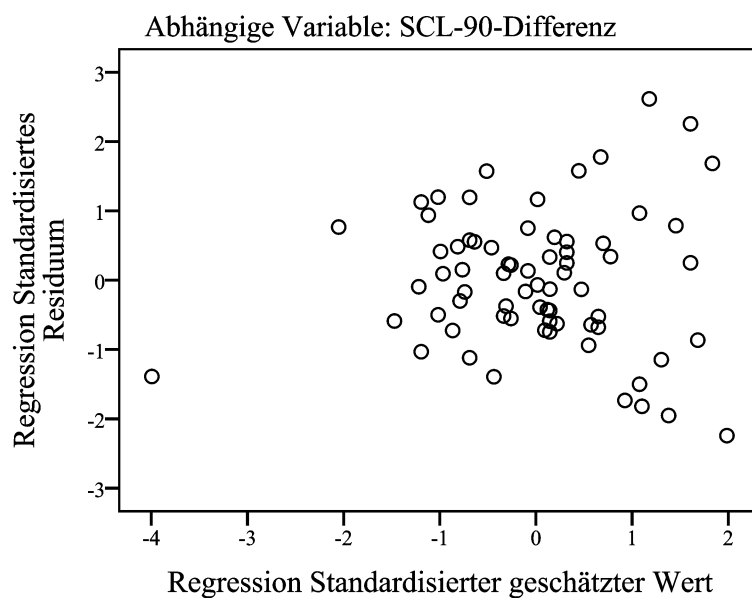


Abbildung 3: Streudiagramm zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler des Prädiktors Selbstwirksamkeitserwartung

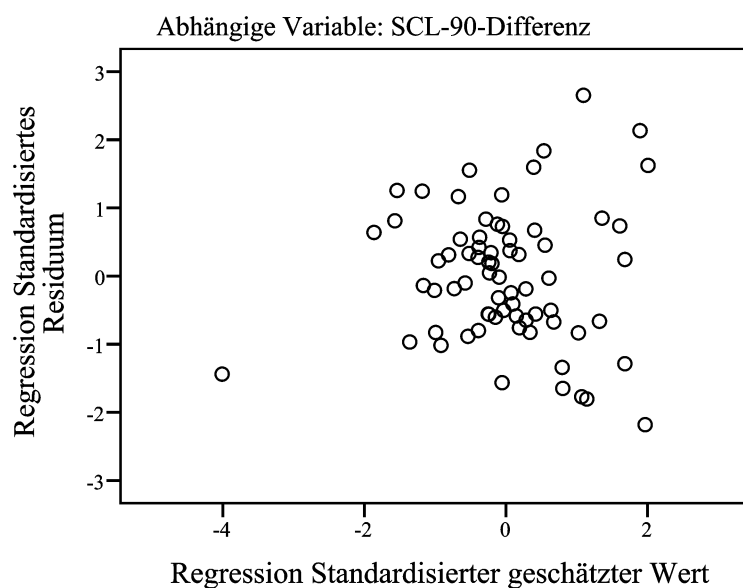


Abbildung 4: Streudiagramm zur Überprüfung der Unabhängigkeit der Varianz der Modellfehler des Prädiktors Kohärenzgefühl

Tabelle 25: Produkt-Moment-Korrelationen zwischen Prä- und Posttestmessungen von SCL-90 und IIP-32

	SCL-90_prä	SCL-90_post	IIP-32_prä
SCL-90_prä			
SCL-90_post	.629**		
IIP-32_prä	.267*	.304*	
IIP-32_post	.224	.396**	.590**

Anmerkungen: *Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant.

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant.

7.2. Erhebungsmaterialien

7.2.1. Patienteninformation

Information für Probanden

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit am Universitätsklinikum Jena soll untersucht werden, ob ausgewählte psychologische Merkmale bedeutsam sind für die Bewertung, das Erleben

in und das Ergebnis einer stationären Psychotherapie. Zu diesem Zweck führen wir eine Befragung

von Patientinnen und Patienten an verschiedenen Kliniken durch, die zusätzlich zu den in der Klinik ohnehin durchgeführten Erhebungen erfolgen soll.

Anhand standardisierter Fragebögen werden Ihre sogenannten persönlichen Ressourcen untersucht

und diese dann mit den Therapieergebnissen verglichen. Dies sind Merkmale wie Widerstandsfähigkeit, Selbstwirksamkeit oder auch die Fähigkeit, sich und andere Menschen im Kontext zu sehen und in diesem Zusammenhang entstehende Gefühle und Gedanken zu reflektieren. Dazu werden z.B. Fragen zur generellen Lebenseinstellung und dem Erleben der inneren und äußeren Umwelt gestellt.

Wir sind Ihnen sehr dankbar, dass Sie uns mit der Teilnahme an der Befragung unterstützen und bitten Sie, den nachfolgenden Fragebogen vollständig auszufüllen.

Bitte antworten Sie so spontan wie möglich. Es gibt keine richtigen und falschen Antworten. Wichtig wäre es nur, dass Sie die Fragebögen vollständig ausfüllen, damit wir sie auch korrekt auswerten können. Die Auswertung Ihrer Angaben erfolgt völlig anonym. Wir werden Ihre Bewertung nur den klinikinternen Fragebögen zuordnen und dann alle Ergebnisse durchnummerieren, so dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person möglich werden.

Wir danken ganz herzlich für die Unterstützung!

7.2.2. Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Probandendaten:

(Nachname, Vorname)

Ich habe die „Information für Probanden“ gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen (z.B. zu Inhalt, Ziel, Verlauf und Risiken) zu stellen.

Ich erkläre mich einverstanden, an der Studie teilzunehmen. Meine Teilnahme erfolgt freiwillig.

Ich weiß, dass ich die Möglichkeit habe, meine Teilnahme an dieser Studie jederzeit und ohne Angabe von Gründen abubrechen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich erkläre, dass ich mit der im Rahmen der Studie erfolgten Aufzeichnungen von Studiendaten und ihrer Verwendung in anonymisierter Form einverstanden bin.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Probanden)

7.2.3. Soziodemographischer Fragebogen

Geschlecht	<input type="radio"/> weiblich		<input type="radio"/> männlich		
Alter	_____ Jahre				
Familienstand	<input type="radio"/> ledig	<input type="radio"/> in Partnerschaft lebend	<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> geschieden	<input type="radio"/> verwitwet
Kinder	_____ (Anzahl)				
Enkelkinder	_____ (Anzahl)				
Schulabschluss	<input type="radio"/> kein Abschluss	<input type="radio"/> Hauptschule/ 8. Klasse	<input type="radio"/> Realschule/ 10. Klasse	<input type="radio"/> Fachabitur	<input type="radio"/> Abitur
Beruflicher Abschluss	<input type="radio"/> kein Abschluss	<input type="radio"/> Facharbeiter	<input type="radio"/> Fachschul- abschluss	<input type="radio"/> Fachhochschul- abschluss	<input type="radio"/> Hochschul- abschluss
Beschäftigungs- verhältnis	<input type="radio"/> Vollzeit	<input type="radio"/> Teilzeit	<input type="radio"/> arbeitslos	<input type="radio"/> Rente/Pension	<input type="radio"/> nicht erwerbstätig

7.2.4. Resilienzskala RS-11

	1= nein Ich stimme nicht zu			7=ja Ich stimme völlig zu			
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7

7.2.5. Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung

	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	1	2	3	4
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	1	2	3	4
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	1	2	3	4
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	1	2	3	4
Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	1	2	3	4
Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	1	2	3	4
Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	1	2	3	4
Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	1	2	3	4
Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	1	2	3	4
Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	1	2	3	4

7.2.6. SOC-Skala

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in einer ungewohnten Situation sind und nicht wissen, was Sie tun sollen?						
1 sehr oft	2	3	4	5	6	7 sehr selten oder nie
Wenn Sie über das Leben nachdenken, ist es dann sehr oft, dass...						
1 Sie spüren, wie schön es ist zu leben.	2	3	4	5	6	7 Sie sich fragen, wieso Sie überhaupt leben.
Die Dinge, die Sie täglich tun, sind für Sie...						
1 eine Quelle tiefer Freude und Befriedigung.	2	3	4	5	6	7 eine Quelle von Schmerz und Langeweile.
Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?						
1 sehr oft	2	3	4	5	6	7 sehr selten oder nie
Wenn Sie etwas tun, das Ihnen ein gutes Gefühl gibt, ...						
1 dann ist es bestimmt so, dass Sie sich auch weiterhin gut fühlen werden.	2	3	4	5	6	7 dann wird bestimmt etwas passieren, dass dieses Gefühl wieder verdirbt.
Sie erwarten für die Zukunft, dass Ihr eigenes Leben...						
1 ohne jeden Sinn und Zweck sein wird.	2	3	4	5	6	7 voller Sinn und Zweck sein wird.
Viele Leute – auch solche mit einem starken Charakter – fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?						
1 sehr oft	2	3	4	5	6	7 sehr selten oder nie
Wenn Sie an Schwierigkeiten denken, denen Sie bei wichtigen Dingen im Leben wohl begegnen werden, haben Sie das Gefühl, dass ...						
1 es Ihnen immer gelingen wird, die Schwierigkeiten zu überwinden.	2	3	4	5	6	7 Sie es nicht schaffen werden, die Schwierigkeiten zu überwinden.
Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglichen Leben tun, wenig Sinn haben?						
1 sehr oft	2	3	4	5	6	7 sehr selten oder nie

7.3. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich bei der Fertigstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Mein herzlichster Dank geht an alle Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen und diese somit ermöglicht haben.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Bernhard Strauß für die Vergabe des Promotionsthemas und Frau Dr. phil. Mandy Koschke für die Betreuung dieser Arbeit. Großer Dank gilt Dr. med. Uwe Wutzler, ohne dessen tatkräftige Unterstützung bei der Datenerhebung in Stadtroda die Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Frau Dr.-Ing., M.Sc. Epidemiology Heike Hoyer danke ich für die ausführliche statistische Beratung.

Ganz besonders bei meiner Familie und meinen Freunden bedanke ich mich, dass sie stets ein offenes Ohr hatten und mir auch mit fachlichem Rat zur Seite standen.

7.4. Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena bekannt ist,
- ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,
- mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Frau Dr. phil. Mandy Koschke, Frau Dr.-Ing., M.Sc. Epidemiology Heike Hoyer.
- die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,
- dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und
- dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.